Examen opérationnel et vérification de l'efficience clinique de L'Hôpital d'Ottawa

Rapport final

Le 29 juin 2001

HayGroup

Table des matières

Section	Page
Sommaire	I
1.1 Historique du projet	I
1.2 Gouvernance et gestion	V
1.3 Efficience clinique et opérationnelle	X
1.4 Plan de mise en œuvre proposé	XIV
1.0 Historique et objectifs	1
1.1 Historique du projet	1
1.2 Objectifs du projet	1
1.3 Ampleur et approche du projet	2
1.4 Le Comité directeur	4
2.0 L'Hôpital d'Ottawa	7
2.1 Caractéristiques des institutions fondatrices de L'Hôpital d'Ottawa	7
2.2 Restructuration des soins de santé à Ottawa-Carleton	8
2.3 L'Hôpital d'Ottawa à ce jour	14
3.0 Gouvernance et gestion	16
3.1 La province et l'Hôpital	16
3.2 Gouvernance de l'Hôpital	17
3.3 Gouvernance de l'Hôpital d'Ottawa	18
3.4 Structures et processus de gestion	44
3.5 Participation du personnel médical à l'équipe de gestion	65
3.6 Rénumération de l'équipe de gestion	67
4.0 Examen des programmes et examen clinique	69
4.1 Programmes de l'Hôpital	69
4.2 Utilisation faite par les populations des programmes de l'Hôpital	78

103-01174/

4.3 Dépendance de la population à LHO 91

4.4 Efficience clinique 98

4.5 Processus de gestion de l'utilisation 119

4.6 Coûts de l'utilisation, de l'efficience clinique et de fonctionnement de l'Hôpital ... 122

5.0 L'enseignement et la recherche 129

5.1 Le rôle de LHO et enseignement et en recherche 129

5.2 L'enseignement 129

5.3 Les coûts de l'enseignement 134

5.4 Activités de recherche – L'Institut de recherche 135

6.0 Examens des départements 140

6.1 Services des soins infirmiers 143

6.2 Services diagnostiques et thérapeutiques 187

6.3 Services diagnostiques et thérapeutiques 193

6.4 Services de soutien et d'administration 211

6.5 Économies possibles au niveau des activités des départements 285

6.6 Calendrier des possibilitiés d'économies au niveau des activités des départements 288

7.0 Impact des organisations secondaires et hôtes sur L'Hôpital d'Ottawa 295

7.1 Interdépendances avec les organisations secondaires et hôtes :

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa

Centre régional de cancérologie d'Ottawa 295

7.2 Répercussions des organisations secondaires en matière d'efficience et de coûts 299

8.0 Les conclusions liées à la planification et au réaménagement des installations 301

8.1 Aperçu des installations actuelles et répercussions

des installations actuelles sur les activités 301

8.2 Répercussions des directives de la CRSS sur l'aménagement des installations 302

8.3 Plan de réaménagement des installations 306

8.4 Répercussions fiscales du plan d'investissement 311

8.5 Sommaire et recommandations 315
9.0 Acquisition et mise en oeuvre de systèmes d'information 317
9.1 Activités des SI et coûts à ce jour 317
9.2 Évaluation du coût futur des activités associées aux systèmes d'information 323
9.3 Conclusions et recommandations 328
10.0 Impacts de la restructuration sur les ressources humaines 331
10.1 Stratégies de réaménagement des effectifs et mise en oeuvre 331
10.2 Impacts sur les coûts unitaires de la main-d'oeuvre 338
11.0 Examen financiers 342
11.1 Situtation du fonds de roulement 342
11.2 Déficits de fonctionnement de l'Hôpital 346
11.3 Financement de base et financement ponctuel par le ministère 355
11.4 Production des recettes de l'Hôpital 359
11.5 Facteurs contribuant à la situation actuelle 362
11.6 Coûts d'immobilisation de l'Hôpital 365
11.7 Plan de financement 366
11.8 Conséquences financières de l'inaction – 2000-2001 368
12.0 Coûts, revenus et équité du financement 371
12.1 Comparaisons des coûts par cas pondéré et des coûts prévus par cas pondéré 371
12.2 Comparaison du financement et des recettes avec les autres grands hôpitaux 374
12.3 Financement par cas pondéré 393
13.0 Recommendations de changement 399
13.1 Historique et objectifs 399
13.2 Historique et objectifs 399
13.3 Gouvernance et gestion 399
13.4 Examen des programmes et examen clinique 401
13.5 L'enseignement et la recherche 402

13.6 Examens des départements 402

13.7 Impact des organisations secondaires et hôtes sur L'Hôpital d'Ottawa..... 412

13.8 Les conclusions liées à la planification et au réaménagement des installations 413

13.9 Acquisition et mise en oeuvre de systèmes d'information..... 413

14.0 Plan de mise en oeuvre..... 415

Examen opérationnel et vérification de l'efficience clinique de L'Hôpital d'Ottawa

Sommaire

Le 29 juin 2001

0.1 Historique du projet

Objectifs du projet

Cet examen opérationnel a été commandé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour expliquer la grave détérioration de la situation financière de L'Hôpital d'Ottawa. L'objectif global de l'examen consistait à préparer un plan d'amélioration de la gestion et de l'exploitation de l'Hôpital qui lui permette d'assainir sa situation financière et de répondre aux besoins en services de santé de la population d'une part, et aux besoins en formation de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa, d'autre part.

Comité directeur

Le projet a été mené à bien par des consultants du cabinet Hay Health Care Consulting Group (HayGroup) sous la direction du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. L'examen a bénéficié des conseils d'un Comité directeur formé de représentants de L'Hôpital d'Ottawa, de l'Université d'Ottawa et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le comité était dirigé par un président indépendant, et les présidents-directeurs généraux de deux autres hôpitaux d'Ottawa et du CASC ont participé aux travaux du comité en tant qu'observateurs.

L'Hôpital d'Ottawa

L'Hôpital d'Ottawa est né le 1er avril 1998 de la fusion des anciens hôpitaux Civic, Général et Riverside. L'Hôpital d'Ottawa est aujourd'hui l'un de plus importants hôpitaux d'enseignement de niveau tertiaire du Canada. Pendant l'exercice 1999-2000, l'Hôpital a exploité 932 lits de soins actifs pour adultes hospitalisés et enregistré 55 395 mises en congé représentant 394 161 jours-patient. Pendant la même période, l'Hôpital a pratiqué 43 061 interventions chirurgicales de jour. Les Services de l'Urgence et le Centre médical de soins actifs Riverside ont offert 139 244 consultations. Les cliniques de soins ambulatoires et les services d'imagerie diagnostique ont reçu près de 1 000 000 de patients. L'hôpital dessert la population d'Ottawa et des communautés environnantes et est un important fournisseur de soins secondaires et tertiaires pour Hull et sa région.

Programmes de L'Hôpital d'Ottawa

Le tableau suivant montre comment se répartissent les services aux patients hospitalisés et les soins ambulatoires (CJ) dispensés à L'Hôpital d'Ottawa par grand secteur de programmes.

Activités de l'Hôpital d'Ottawa par programme en 1999-2000

Programme	Cas PH	Jours PH	Jours ANS	Cas CJ se qualif.	Total CPO	% CPO à LHO	% ANS	% CJ
Chirurgie	20 744	172 131	11 265	29 772	52 028	55 %	7 %	59 %
Médicine	15 671	131 012	15 118	11 423	26 458	28 %	12 %	42 %
Obstétrique	9 298	28 018	9	1 585	7 174	8 %	0 %	15 %
Nouveau-nés	7 815	28 521	117		4 610	5 %	0 %	0 %
Psychiatrie	1 709	30 690	3,713	12	3 013	3 %	12 %	1 %
Autre	158	3 789	516	269	575	1 %	14 %	63 %
Total	55 395	394 161	30 738	43 061	93 858	100 %	8 %	44 %

Bien qu'affilié à l'Hôpital, l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa fonctionne, de façon tout à fait inhabituelle, comme une société indépendante. L'Hôpital a également des ententes de collaboration avec le Centre régional de cancérologie d'Ottawa. En tant qu'établissement d'enseignement supérieur, l'Hôpital a des liens très étroits avec l'Université d'Ottawa, notamment avec la Faculté de médecine et la Faculté des sciences de la santé. L'hôpital a conclu une entente de collaboration avec le tout nouvel Institut de recherche en santé d'Ottawa.

L'Hôpital d'Ottawa emploie près de 9 000 personnes et a un personnel médical de 1 200 personnes.

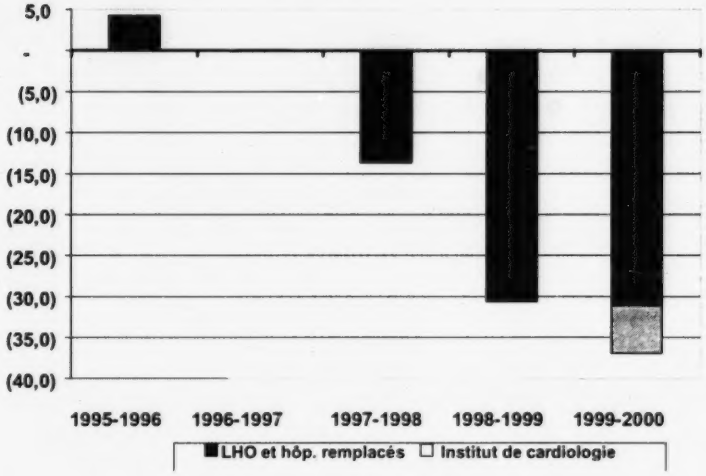
Croissance du nombre des patients hospitalisés

De 1995-1996 à 1999-2000, le nombre total de patients hospitalisés et de patients des unités de soins ambulatoires des divers campus formant désormais L'Hôpital d'Ottawa a augmenté de 4,7 %. Les unités de soins ambulatoires ont connu une hausse de près de 40 %, tandis que le nombre de patients hospitalisés a diminué de 12 % et le nombre de jours-patient hospitalisé de 13 %. L'augmentation de près de 40 % du nombre de traitements ambulatoires (CJ) est essentiellement due au transfert à L'Hôpital d'Ottawa du programme d'ophtalmologie de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut d'Ottawa (qui offrait surtout des chirurgies de jour), au milieu de l'exercice 1999-2000.

Antécédents financiers de L'Hôpital d'Ottawa : Augmentation des pertes de fonctionnement et détérioration du fonds de roulement

En 1996-1997, les hôpitaux remplacés par L'Hôpital d'Ottawa avaient des résultats d'exploitation combinés quasi équilibrés et un excédent de fonctionnement de 93 001 $. Toutefois, en 1997-1998, ces hôpitaux avaient enregistré un déficit de fonctionnement combiné de 13 644 847 $, ce déficit n'a cessé de croître pour atteindre 31 159 358 $ en 1999-2000[1].

Excédent (déficit) de fonctionnement – de 1995-1996 à 1999-2000[2]



Selon le scénario envisagé dans le plan de fonctionnement 2000-2001, le déficit de fonctionnement aurait dû se chiffrer à 36 millions de dollars, mais les prévisions préparées par l'Hôpital pour le deuxième trimestre de l'exercice dressent un portrait encore plus sombre. Le déficit de fonctionnement projeté pour 2000-2001 est de 67,7 millions de dollars et atteint 72 millions de dollars lorsqu'on ajoute les coûts de restructuration. Les dépenses non budgétées liées à l'harmonisation des salaires dans les divers campus sont largement responsables de l'augmentation des pertes de fonctionnement.

Impact de la restructuration sur les coûts de main-d'oeuvre

Comme nous le notions plus tôt, à court terme, l'harmonisation des salaires due à la fusion a été l'un des plus importants inducteurs de coût de l'Hôpital. On s'attend à ce

[1] Notez que par souci d'uniformité, nous avons inclu dans ce tableau les résultats de l'Institut de cardiologie, puisque son exploitation était comprise dans les exercices précédents.

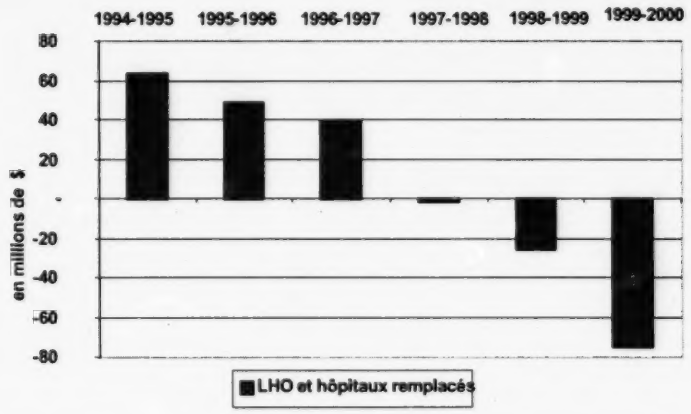
[2] À l'exclusion des coûts de restructuration.

que les récents règlements faisant suite à la normalisation des salaires (et aux négociations provinciales) se traduisent par une hausse considérable des salaires moyens et des coûts de rémunération pour l'exercice 2000-2001 et les suivants. Lorsqu'il a procédé à la fusion des conventions collectives des hôpitaux qu'il a remplacés, LHO a étudié les décisions déjà rendues dans d'autres hôpitaux de l'Ontario. LHO a décidé de suivre la décision de l'arbitre Quinty qui préconise d'adopter comme échelle salariale commune l'échelle salariale la plus élevée d'un groupe d'employés et de porter les salaires des employés ayant atteint le plafond de leur ancienne échelle salariale au maximum de la nouvelle échelle commune. Nous prévoyons que la normalisation des salaires augmentera les coûts de la main-d'œuvre de 23,8 millions de dollars par an. À ce chiffre s'ajoutera un rappel de salaire rétroactif exceptionnel d'environ 24 millions de dollars.

Fonds de roulement

Le fonds de roulement de l'Hôpital a considérablement baissé. En 1996-1997, les trois hôpitaux remplacés avaient un solde consolidé de 63,17 millions de dollars, à la fin de l'exercice 1999-2000, le fonds de roulement de l'Hôpital s'était transformé en déficit de 75,40 millions de dollars, soit une diminution de 121,02 millions de dollars.

Fonds de roulement de L'Hôpital d'Ottawa de 1995-1996 à 1999-2000



L'hôpital prévoit que son fonds de roulement continuera de se détériorer et que son déficit dépassera 140 millions de dollars à la fin de l'exercice 2000-2001.

Dépenses d'immobilisations de l'Hôpital

L'Hôpital d'Ottawa a dépensé 123 millions de dollars en acquisitions d'immobilisations pendant la période allant de

1995-1996 à 1999-2000. Les dépenses d'immobilisations ont fait baisser de 22 millions de dollars le fonds de roulement au cours de cette période. L'Hôpital estime qu'il devra investir environ 100 à 200 millions de dollars supplémentaires en immobilisations pour donner suite aux directives de la CRSS et 200 millions de dollars de plus pour procéder à d'autres aménagements. Comme on le voit, sa situation financière est vraiment catastrophique.

0.2 Gouvernance et gestion

La gouvernance[3] est l'exercice par lequel le Conseil d'administration d'un hôpital assure son autorité, sa direction et son contrôle sur l'établissement. Les responsabilités fondamentales de la gouvernance consiste à :

- définir les buts, principes et objectifs de l'hôpital;
- assurer et surveiller la qualité des services dispensés par l'hôpital;
- assurer l'intégrité financière et l'avenir à long terme de l'hôpital;
- organiser et surveiller l'efficacité de la gestion de l'hôpital;
- approuver les plans et budgets de fonctionnement annuels de l'hôpital.

Le Conseil d'administration d'un hôpital doit répondre directement de ses activités à la société hospitalière. Le Conseil d'administration et la société doivent rendre des comptes aux patients et aux communautés desservies par l'hôpital, mais aussi au gouvernement provincial qui finance l'hôpital au nom de ces patients et communautés, ainsi qu'au personnel de l'hôpital.

Définition et maintien des buts et principes de l'Hôpital

Nous pensons qu'un énoncé de vision/de mission, un énoncé de rôle, un plan à long terme et un plan stratégique sont essentiels à la gouvernance et la gestion fructueuses d'un hôpital. Depuis la fusion, les activités de planification du Conseil d'administration ont été axées sur l'intégration des programmes et services des trois hôpitaux remplacés. C'est ainsi qu'a été adopté le modèle de trois campus équilibrés, où s'organisent et sont dispensés les programmes et services

[3] *À l'aube du XXIe siècle, Les hôpitaux publics de l'Ontario - Rapport du Comité de direction sur l'examen de la Loi sur les hôpitaux publics*, février 1992.

hospitaliers. L'Hôpital d'Ottawa est né de ce cadre d'intégration des programmes et services. L'Hôpital n'a pas encore énoncé clairement comment il entend s'y prendre pour répondre aux besoins en services de santé de la communauté, ni élaboré de plans à long terme ou stratégiques pour guider sa croissance et son développement futurs. Pour administrer le processus de fusion, il a suivi le rôle décrit dans son énoncé de mission et les suggestions de la CRSS en matière de composition des programmes. Maintenant que la réaffectation des programmes et l'aménagement des installations nécessaires à la fusion sont presque terminées, il est temps pour l'Hôpital d'envisager, et de préparer, son avenir à long terme.

Assurer l'intégrité financière et l'avenir à long terme de l'Hôpital

Pour qu'un Conseil d'administration d'hôpital puisse s'acquitter de ses responsabilités et assurer l'intégrité financière et l'avenir à long terme de l'établissement, il doit pouvoir compter sur de solides processus de planification des opérations, de budgétisation, et de production de rapports d'étape sur les plans et budgets. Le Conseil d'administration de L'Hôpital d'Ottawa participe activement à l'examen et à l'approbation du plan et du budget de fonctionnement de l'Hôpital. Cependant, la stratégie qu'il a adoptée face aux pertes de fonctionnement de l'Hôpital (ayant prévu des pertes au budget, il a ensuite accepté des coûts et pertes dépassant les sommes prévues) a mis en péril la santé financière de l'Hôpital. Le Conseil d'administration est fermement convaincu que L'Hôpital d'Ottawa a reçu un financement insuffisant par rapport aux autres grands hôpitaux de la province. Par exemple, le Conseil d'administration a approuvé, pour l'exercice 2000-2001, un plan de fonctionnement et un budget qui prévoient des pertes de fonctionnement et des coûts de restructuration de 42,3 millions de dollars. Dans son budget, le Conseil d'administration a demandé que l'Hôpital ne réduise que de 5 millions de dollars ses dépenses de fonctionnement par rapport à 1999-2000, soit une réduction d'à peine plus d'1 % des dépenses de fonctionnement totales de l'Hôpital. Le Conseil d'administration pensait que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée augmenterait les fonds alloués pour éliminer le déficit de fonctionnement budgété. Il faut savoir que le MSSLD n'avait pas approuvé les plans de fonctionnement pour 1999-2000 ni le plan de redressement financier qui lui avait présentés l'Hôpital, lesquels comptaient aussi sur l'aide du ministère pour résoudre les difficultés financières de l'Hôpital.

Le Conseil d'administration de L'Hôpital d'Ottawa doit s'occuper plus activement de la santé financière de l'Hôpital. Il doit insister pour que l'équipe de gestion explore tous les moyens de réduire les coûts en améliorant l'efficience clinique et opérationnelle de l'Hôpital et/ou en limitant le contenu des soins avant d'envisager de réduire le volume des services offerts ou de demander des fonds supplémentaires au ministère.

Gestion de l'Hôpital

Il est généralement reconnu dans le secteur hospitalier que l'équipe de gestion doit « assurer le fonctionnement efficace de l'établissement en vertu des politiques du Conseil d'administration »[4]. La planification et la budgétisation des opérations sont les processus de gestion annuels permettant à un hôpital de mettre en œuvre ses plans à long terme et de réaliser sa mission. Un hôpital a besoin d'un plan et d'un budget de fonctionnement pour décrire et chiffrer ses objectifs annuels et les programmes, services et initiatives financières qu'il compte mettre en place. Le plan et le budget devant être soumis pour examen et approbation au Conseil d'administration, ils sont donc le meilleur outil pour responsabiliser l'équipe de gestion et le personnel face au Conseil d'administration, à la société hospitalière et aux communautés desservies par l'Hôpital.

Pour réduire les coûts, les processus budgétaires doivent chercher avant tout à réaliser des économies dans les divers départements et le contenu des soins. Ce n'est qu'en dernier recours que les hôpitaux doivent envisager de réduire le nombre des patients qu'ils traitent.

Dans sa planification et son budget des trois derniers exercices, LHO n'a proposé que de très modestes réductions, quand il l'a fait, de ses dépenses par rapport aux exercices précédents. En 1999-2000, le budget de l'Hôpital ne prévoyait qu'une réduction des dépenses de 1,3 % avant ajout des coûts unitaires majorés au titre de la main-d'œuvre. Pour l'exercice 2000-2001, le budget de l'Hôpital ne prévoyait qu'un peu plus de 1 % de réduction des dépenses avant ajout des coûts unitaires majorés au titre de la main-d'œuvre.

---

[4] Tiré de *À l'aube du XXIe siècle, Les hôpitaux publics de l'Ontario – Rapport du Comité de direction sur l'examen de la Loi sur les hôpitaux publics,* ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto (Ontario), février 1992

L'équipe de gestion de l'Hôpital n'a pas maintenu les niveaux de dotation en personnel ni les dépenses correspondantes dans les limites des niveaux budgétés. Les heures de main-d'œuvre ont dépassé à la fois les heures prévues au budget et les niveaux des exercices précédents, alors que le nombre des patients hospitalisés est resté relativement constant. Pour aggraver encore le problème, le coût unitaire de la main-d'oeuvre a, lui aussi, excédé les niveaux budgétés[5]. L'augmentation du nombre d'heures et les hausses salariales ont amené les coûts de fonctionnement de l'Hôpital bien au-delà des niveaux de dépenses prévus[6]. L'Hôpital doit améliorer la précision :

- de ses prévisions et plans en matière de volume de patients;
- de ses plans en matière de charge de travail des départements;
- de ses plans en matière de productivité des départements;
- de ses prévisions en matière de coûts unitaires de la main-d'œuvre et du matériel;

contenus dans ses plans et budgets de fonctionnement annuels afin de fournir au Conseil d'administration et au ministère des prévisions plus précises sur ses coûts et résultats d'exploitation.

Jusqu'à présent, dans sa planification et gestion, l'Hôpital a surtout cherché à l'extérieur la solution de ses problèmes financiers, soit en demandant des fonds supplémentaires au ministère soit en s'adressant à d'autres sources. Il n'a pas vraiment envisagé la possibilité de modifier ses processus de soins et/ou de faire des économies pour atténuer l'impact de l'augmentation des coûts de main-d'œuvre et de fournitures et pour maintenir son volume de patients tout en contenant ou réduisant ses coûts de fonctionnement.

L'hôpital a supposé que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée accepterait immédiatement de lui accorder les fonds de fonctionnement supplémentaires auxquels il pensait avoir droit. Pourtant l'Hôpital n'a reçu aucune confirmation du

---

[5] L'Hôpital n'a pas tenu compte dans son budget, ou a sous-estimé, le coût des règlements salariaux négociés à l'échelle de la province et de la normalisation des salaires due à la fusion.

[6] Lettre de Richard Wilson à Peter Finkle, en date du 1er novembre 2000, accompagnant le rapport du deuxième trimestre.

ministère indiquant qu'il était d'accord ou qu'il avait l'intention de lui accorder les fonds nécessaires pour couvrir ses dépenses. Pour être francs, le ministère n'a pas non plus clairement indiqué à l'Hôpital qu'il n'ajusterait pas le montant des fonds alloués en fonction des dépenses de l'Hôpital.

Pensant que le ministère confirmerait bientôt ses hypothèses et décisions, l'Hôpital a dépensé pour ses opérations (et ses projets d'immobilisations) bien plus que les fonds accordés ou promis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. En attendant que le ministère règle ses problèmes, l'Hôpital a laissé sa situation financière se détériorer gravement. Il prévoit aujourd'hui avoir un fonds de roulement déficitaire de 147,2 millions de dollars d'ici la fin de l'exercice 2000-2001. Aucun hôpital ontarien n'aura jamais connu un problème financier de cette ampleur.

Processus de gestion de l'utilisation

À L'Hôpital d'Ottawa, la tâche de coordonner la gestion de l'utilisation et de la qualité a été confiée à un comité de gestion des ressources et de la qualité clinique (GRQC). Jusqu'à présent, le comité a concentré ses efforts sur l'établissement de liens (entre campus et disciplines), la recherche de sources de données, de méthodes de mesure et la préparation de rapports pour appuyer leurs plans de gestion de l'utilisation (et évaluer l'impact des transferts de programmes). Le comité a décidé de ne pas aller trop vite en besogne pour permettre aux médecins de se familiariser avec les données, méthodes et principes utilisés avant d'entreprendre des démarches, même modestes, pour améliorer l'efficience clinique. En outre, son choix de méthodes et de mesures est discutable. L'Hôpital a décidé de se fier à la « durée prévue de séjour » (DPS) fixée par l'ICIS pour mesurer la durée de séjour acceptable. Cependant, L'Hôpital d'Ottawa est le seul hôpital d'enseignement de l'Ontario où la durée de séjour ne soit pas très inférieure à la DPS de l'ICIS. Nous ne connaissons aucun autre hôpital d'enseignement qui continue de s'appuyer sur la DPS de l'ICIS pour mesurer son rendement dans ce domaine. Comme les pressions sur les coûts de fonctionnement ont augmenté ces dernières années, la plupart des hôpitaux se sont fixés des objectifs de plus en plus rigoureux au chapitre de la durée de séjour, car ils ont compris que ne pas le faire limiterait l'accès aux services et majorerait leurs coûts. À L'Hôpital d'Ottawa, on a choisi de se concentrer sur le nombre élevé de jours d'ANS, ce qui oblige à chercher en dehors de l'Hôpital des solutions sur lesquelles on n'a pas de contrôle. Cette façon faire, et le rappel constant dans

l'Hôpital et dans ses annonces publiques que les fonds qui lui sont accordés par le MSSLD sont insuffisants, ont empêché l'Hôpital de chercher activement des moyens d'améliorer son efficience clinique. En mettant davantage l'accent sur la réduction de la durée de séjour, l'Hôpital aurait pu réduire sensiblement ses coûts de fonctionnement et ses niveaux d'occupation.

0.3 Efficience clinique et opérationnelle

Comparaison des coûts réels et prévus

La comparaison des coûts réels et prévus suggère qu'il serait possible de réduire considérablement les coûts de fonctionnement de L'Hôpital d'Ottawa. En 1998-1999, de tous les grands hôpitaux de la province, seul le pourcentage des coûts prévus par cas pondéré (CPCP) de Hamilton était plus élevé que celui de LHO comme l'indique le tableau suivant. LHO est aussi le mieux placé pour réaliser des économies en ramenant ses coûts réels de fonctionnement au niveau de ses CPCP. L'Hôpital d'Ottawa aurait pu diminuer ses coûts de fonctionnement de 16,7 millions de dollars en 1998-1999 si ses coûts réels par cas pondéré (CRCP) avaient été égaux à ses CPCP.

Comparaison des coûts prévus par cas pondéré – 1998-1999

HÔPITAL	CRCP	CPCP	% des CPCP	Rang	1998-1999 Cas pond.
TORONTO Mount Sinai	3 215,72	3 620,24	-11,17	1	26 563
TORONTO Assoc. hosp.	3 496,15	3 682,17	-5,05	2	95 698
HAMILTON St Joseph's	2 851,38	2 973,06	-4,09	3	32 101
TORONTO Sunnybrook & Women's	3 468,38	3 515,77	-1,35	4	56 052
LONDON Health Sciences	3 561,09	3 480,21	2,32	5	67 564
TORONTO St Michael's	3 525,62	3 378,62	4,35	6	52 797
OTTAWA L'Hôpital d'Ottawa	3 376,69	3 201,90	5,46	7	95 698
HAMILTON Health Sciences Centre	3 563,57	3 373,06	5,65	8	72 023

Efficience clinique

Dans cet examen, l'analyse comparative de l'efficience clinique s'appuie sur l'analyse des données de l'ICIS de 1999-2000 sur certains hôpitaux d'enseignement de l'Ontario. On a utilisé des objectifs précis pour estimer la capacité de LHO de réduire le nombre de ses lits de patients hospitalisés en :

- transférant des patients hospitalisés en services de soins ambulatoires,
- réduisant la durée de séjour (DS) des patients hospitalisés.

Les objectifs d'efficience clinique sont calculés sur la base du 25^{e} centile des autres grands hôpitaux[7].

Au niveau du 25^{e} centile, on estime qu'en 1999-2000, L'Hôpital d'Ottawa aurait pu réduire son utilisation de 53 439 jours-patient hospitalisé. Cette estimation comprend toutefois 10 231 jours d'ANS. Si on soustrait les jours d'ANS, il reste 43 207 jours, soit 11 % du nombre réel de jours-patient hospitalisé utilisés en 1999-2000 et environ 132 lits/berceaux (selon un taux d'occupation de 90 %)[8]. En 1999-2000, selon les estimations, L'Hôpital d'Ottawa est celui qui, parmi tous les hôpitaux d'enseignement de l'Ontario, aurait pu le plus facilement réduire le nombre de jours de soins actifs dispensés aux patients hospitalisés.

L'analyse des jours-patient hospitalisé potentiellement conservables n'envisage pas la possibilité de réduire les jours d'ANS. Toutefois, étant donné le nouvel et important investissement prévu dans les lits de soins de longue durée dans la région d'Ottawa-Carleton en 2001 et 2002, et les nouveaux liens entre L'Hôpital d'Ottawa et le Centre de réadaptation, la réduction des jours d'ANS pourrait être un élément clé du plan de redressement financier futur de l'Hôpital.

Efficience clinique et coûts de fonctionnement de l'Hôpital

Pour estimer les économies pouvant résulter de l'efficience clinique, on a appliqué les prévisions concernant l'impact sur la charge de travail des départements à la productivité actuelle de chaque département, puis calculé leur impact sur les ÉTP, les coûts de main-d'œuvre et autres, et les recettes. En utilisant cette méthode, nous estimons qu'on pourrait réduire les coûts de 13,8 millions de dollars à partir des économies cliniques. La réduction des coûts serait contrebalancée par une perte de recettes d'environ 5,4 millions de dollars. Nous pouvons ainsi prévoir une économie nette d'environ 8,3 millions de dollars. Selon notre expérience, l'Hôpital devrait être capable de réaliser ces économies d'ici deux ans s'il gère son utilisation de façon rigoureuse.

---

[7] Pour découvrir quels sont les jours-patient hospitalisé que l'on pourrait réduire, et qui sont le moins tributaires des changements externes et des investissements, on a repéré les jours d'ANS liés aux cas se prêtant à des économies, puis on les a déduits du total des prévisions.

[8] Selon la répartition par campus des économies prévues dans les CGP de chirurgie cardio-thoracique et de cardiologie, 6 873 (ou 16 %) des jours potentiellement conservables (ou 20,9 lits) sont liés aux activités de l'Institut de cardiologie.

Améliorer l'efficience opérationnelle

L'objectif de l'analyse de l'efficience opérationnelle était d'identifier les possibilités qu'a LHO d'améliorer l'efficience et la rentabilité de certains de ses centres et services fonctionnels. Après avoir procédé à une analyse comparative du rendement de LHO et de celui d'autres grands hôpitaux et à des examens sur place, nous avons recommandé et chiffré l'amélioration possible des niveaux de rendement de nombreux centres fonctionnels de l'Hôpital. En atteignant les niveaux de rendement recommandés, on aurait pu réduire les coûts et augmenter les recettes comme suit, sur la base des volumes et charges de travail de 1999-2000[9] :

- 12,1 millions de dollars - économies de main-d'œuvre;
- 10,5 millions de dollars - réduction des dépenses non salariales;
- 1,8 million de dollars - augmentation des recettes/recouvrements.

Ainsi, l'effet net des changements opérationnels proposés permettrait de réduire les pertes de fonctionnement de l'Hôpital d'environ 24,5 millions de dollars par an. Pour parvenir à certaines de ces économies et augmentations de recettes, il faudra un investissement de capitaux.

Économies tirées de l'efficience clinique et opérationnelle

Nous estimons que, grâce à des économies cliniques et opérationnelles, l'Hôpital peut améliorer ses coûts de fonctionnement d'environ 33 millions de dollars.

Possibilités de rapatriement

L'Hôpital d'Ottawa offre moins de soins tertiaires en général[10] et a une plus grande proportion de patients recevant des soins primaires et secondaires que la plupart des autres hôpitaux d'enseignement de l'Ontario. En réduisant le nombre de patients recevant des soins primaires et secondaires à L'Hôpital d'Ottawa, on pourrait :

- réduire les coûts de fonctionnement;

---

[9] On aurait pu réaliser d'autres économies pendant l'exercice 1999-2000 dans des secteurs qui relèvent désormais de l'Institut de cardiologie, mais qui étaient compris dans le financement, les coûts et le déficit de L'Hôpital d'Ottawa en 1999-2000. Quant aux centres fonctionnels qui pourraient facilement être affectés à l'Institut de cardiologie, la comparaison avec les autres grands hôpitaux suggère qu'on aurait pu faire des économies de l'ordre de 2,5 millions de dollars.

[10] Les statistiques de L'Hôpital d'Ottawa comprennent les patients de l'Institut de cardiologie d'Ottawa.

- réduire le coût global de la prestation des soins à Ottawa[11];
- permettre à davantage de résidents des communautés situées en dehors de la région d'Ottawa-Carleton de se faire soigner plus près de chez eux;
- donner à LHO un profil clinique plus conforme à celui d'autres grands hôpitaux d'enseignement de l'Ontario;
- protéger la masse critique des activités cliniques nécessaires à l'enseignement et la recherche.

Si l'Hôpital Queensway-Carleton et l'Hôpital Monfort sont, ou deviennent, en mesure d'accueillir davantage de patients hospitalisés, L'Hôpital d'Ottawa devrait explorer la possibilité de transférer certains de ces patients recevant des soins primaires et secondaires dans ces hôpitaux communautaires.

La question de l'équité du financement

L'Hôpital d'Ottawa maintient depuis quelque temps déjà que le MSSLD lui accorde injustement moins de fonds qu'aux autres hôpitaux de l'Ontario. Il est vrai que le pourcentage des recettes totales des hôpitaux correspondant au financement du MSSLD varie beaucoup d'un établissement à l'autre. L'Hôpital d'Ottawa a toujours dit avoir le plus faible pourcentage de ce type par rapport à ses recettes. Toutefois, les écarts enregistrés dans d'autres catégories de recettes affectent ces mesures au même titre que les écarts de financement. L'Hôpital d'Ottawa reçoit beaucoup plus de fonds pour les soins aux patients de sources autres que le MSSLD que les autres grands hôpitaux. Comme il se trouve près de la frontière du Québec et que les résidents de l'Outaouais se rendent traditionnellement dans les hôpitaux d'Ottawa pour obtenir des soins actifs, les recettes de patients hors province de L'Hôpital d'Ottawa sont bien supérieures à celles des autres grands hôpitaux. L'Hôpital d'Ottawa compte aussi sur les recettes provenant des patients québécois pour financer ses opérations. Il n'est donc pas déraisonnable que le pourcentage des recettes totales correspondant au financement accordé par le MSSLD soit moins élevé pour un hôpital qui dispense un plus grand nombre de ses services à des patients pris en charge par d'autres sources que le MSSLD. De plus, pendant la période allant de 1996-1997 à 1999-2000, les chambres à supplément ont rapporté à L'Hôpital d'Ottawa 67,3 millions

[11] À LHO, la prise en charge par cas peut coûter jusqu'à 1 200 $ de plus que dans un hôpital communautaire régional.

de dollars de plus qu'à l'hôpital le plus fructueux du groupe après lui.

L'analyse de l'équité du financement effectuée au cours de cet examen s'appuie sur la prémisse qu'il y a équité lorsque le financement et les recettes tirées des soins directs représentent le même pourcentage de frais généraux que ce dont a besoin l'Hôpital pour faire face à ces frais. Notre modèle inclut toutes les recettes provenant des patients, tient compte des différences acceptées et historiques en matière de dépenses en frais généraux et corrige l'impéritie dans la prestation des soins directs.

Selon notre analyse, pendant la période faisant l'objet de notre examen, L'Hôpital d'Ottawa n'était pas financé équitablement par rapport aux autres grands hôpitaux pour pouvoir faire face à ses frais généraux. Si on suppose que le financement équitable est un objectif ou une exigence du système de santé de l'Ontario, alors L'Hôpital d'Ottawa aurait pu arguer qu'il était insuffisamment financé en 1998-1999, d'environ 11 millions de dollars. On notera que, selon les résultats d'un examen effectué au début de l'an 2000, la diminution des recettes tirées de patients hospitalisés résidant au Québec, pendant la période allant de 1994-1995 à 1998-1999, avait entraîné l'érosion des résultats d'exploitation annuels de LHO au point qu'en 1998-1999 l'Hôpital avait un manque à gagner de quelque 6,6 millions de dollars. Ce moins–perçu dans les recettes venant des patients du Québec représentait environ 61 % de l'écart dans la contribution aux frais généraux en 1998-1999. Le MSSLD a accepté les résultats de l'examen et accordé la somme supplémentaire recommandée de 6,6 millions de dollars à l'Hôpital. Si ces fonds supplémentaires avaient été inclus dans la présente analyse, l'écart enregistré dans le financement alloué par le ministère n'aurait été que de 4,4 millions de dollars en 1998-1999, soit moins de 1 % du budget de fonctionnement de L'Hôpital d'Ottawa.

0.4 Plan de mise en œuvre proposé

Compte tenu de sa situation financière précaire, nous exhortons l'Hôpital à concentrer ses efforts sur la mise en œuvre des recommandations contenues dans le présent examen opérationnel et de :

- réduire ses coûts de fonctionnement en réalisant les économies cliniques et opérationnelles identifiées;

- travailler avec le ministère afin qu'il ajuste son financement en fonction des changements survenus dans le coût de la main-d'œuvre dû à l'uniformisation des salaires et aux négociations collectives menées à l'échelle de la province.

Lorsque ce sera fait, l'Hôpital devra alors mettre en œuvre les recommandations liées à la gouvernance et à la gestion. Dans le tableau de la page suivante, nous proposons un calendrier de mise en place des initiatives qui permettront d'améliorer la gouvernance, la gestion et l'efficience de l'Hôpital au cours des trois prochains exercices. Le tableau contient aussi les économies prévues pour chaque exercice et leur impact sur le déficit de fonctionnement prévu de l'Hôpital qui est de 72 millions de dollars en 2000-2001[12].

[12] On notera que le déficit de fonctionnement présenté dans le tableau comprend les pertes enregistrées par l'Institut de cardiologie car il était difficile de savoir quels étaient les coûts et les économies connexes de LHO qui étaient attribuables à l'IC en 1999-200. Par conséquent, certaines des économies indiquées dans le tableau devront être réalisées par l'IC et d'autres par LHO au profit de l'IC. En 1999-2000, les pertes de fonctionnement de l'Institut de cardiologie étaient d'environ 3,8 millions de dollars. Nous avons calculé (mais pas inclus dans nos prévisions d'économies pour LHO) qu'il serait possible d'économiser jusqu'à 2,5 millions de dollars dans les salles d'opération de l'Institut de cardiologie et les unités de soins infirmiers aux patients hospitalisés.

[13] Pour calculer les économies potentielles, on s'est servi des coûts de main-d'œuvre et de matériel engagés par l'hôpital en 1999-2000.

Pièce 14 : Proposition de calendrier de mise en œuvre pour les trois prochains exercices

Activités de mise en oeuvre	2001-2002 1-6	2001-2002 7-12	2002-2003 1-6	2002-2003 7-12	2003-2004 1-6	2003-2004 7-12
1 Rapport et recommandation acceptée						
2 Plan de redressement négocié avec le MSSLD						
3 Processus de gestion de l'utilisation améliorés						
4 An 1, économies cliniques atteintes						
5 Examen clinique du Pr. de chir. ophtalmo.						
6 An 1, économies opérationnelles atteintes						
7 Rénovations/expansion						
7.1 USI – Méd./chir. (Général)						
7.2 USI – Méd./chir. (Civic)						
7.3 USI – Nouveau-nés						
7.4 Laboratoires cliniques						
8 Acquisition/amélioration des systèmes						
8.1 Dossiers de santé						
8.2 Gestion du matériel						
8.3 Entretien						
8.4 Biomédical						
9 Imagerie diagnostique						
10 Planif. long terme et stratégique						
11 Planif. opérations et budget						
12 Process. amél. rapports Cons. d'admin. et gestion						
13 Gouvernance restructurée						
14 Rôles du médecin-chef et du CMC						
15 Relations avec l'Institut de cardiologie						
16 An 2, économies cliniques						
17 An 2, économies opérationnelles						
18 An 3, économies opérationnelles						
20 Rapport du Ministère sur les progrès						
Situation du fonds d'ouverture de LHO – 1er avril	(147 400 000) $		(199 562 485) $		(240 587 369) $	
Excédent (déficit) de fonctionnement de LHO - Opérations	(45 000 000) $		(30 976 710) $		(21 654 302) $	
Coûts de restructuration (exempt de remboursement)	(20 000 000) $		(18 000 000) $		(18 000 000) $	
Résultat net – Économies cliniques/LHO	3 501 473 $		3 501 473 $		- $	
Résultat net – Économies opérationnelles/LHO	10 521 817 $		5 820 935 $		6 117 016 $	
Coûts/économies ponctuels (exempt de remboursement)	(1 185 775) $		629 418 $		(946 341) $	
Excédent (déficit) de fonctionnement de LHO	(52 162 485) $		(39 024 884) $		(34 483 627) $	
Rajouter l'amortissement de l'équipement (net)	12 000 000 $		13 000 000 $		13 000 000 $	
Achat d'actifs immobilisés (exempt de subventions)	(12 000 000) $		(15 000 000) $		(15 000 000) $	
Situation des fonds à la clôture de LHO	**(199 562 485) $**		**(240 587 369) $**		**(277 070 997) $**	

Comme on le voit, au cours des trois prochains exercices, l'Hôpital devrait être capable d'atteindre 95 % des économies cliniques et opérationnelles identifiées dans le présent examen. Ces changements permettront de réduire les pertes de fonctionnement de l'Hôpital de près de 30 millions de dollars. Toutefois, même après ces améliorations, l'Hôpital continuera d'avoir un déficit de fonctionnement de plus de 34 millions de dollars[14]. De plus, le déficit du fonds de roulement de l'Hôpital augmentera à 277 millions de dollars d'ici la fin de 2003-2004. L'Hôpital devra manifestement dégager des

[14] Pour calculer les économies potentielles, on s'est servi des coûts de main-d'œuvre et de matériel engagés par l'Hôpital en 1999-2000. Les coûts de restructuration comprennent les coûts de l'uniformisation des salaires tels que fournis par l'Hôpital.

recettes supplémentaires pour présenter une situation financière positive. Si l'Hôpital ne peut disposer de recettes supplémentaires, il lui faudra diminuer de façon spectaculaire soit le contenu soit le volume des soins qu'il offre à la population dans sa circonscription hospitalière.

Examen opérationnel et vérification de l'efficience clinique de L'Hôpital d'Ottawa

Chapitres 1-5 – Rapport final

Le 29 juin 2001

1.0 Historique et objectifs

1.1 Historique du projet

Cet examen opérationnel a été commandé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour expliquer la grave détérioration de la situation financière de L'Hôpital d'Ottawa. Par la même occasion, l'Hôpital avait demandé un examen qui contribuerait à assainir ses finances et à régler la question de ses rapports financiers avec le Ministère.

La situation financière de l'Hôpital est manifestement non viable. Depuis la création de L'Hôpital d'Ottawa, en 1998, ses coûts de fonctionnement ont continué à excéder ses recettes, et l'écart s'accroît. En 1996-1997, les hôpitaux remplacés par L'Hôpital d'Ottawa avaient des résultats d'exploitation combinés à toutes fins pratiques équilibrés et affichaient un excédent de fonctionnement de 93 000 $. Depuis, l'Hôpital a enregistré des déficits de plus en plus élevés. En 1997-1998, les hôpitaux précédents ont connu un déficit de fonctionnement combiné de 13,6 millions de dollars. Le déficit de fonctionnement a continué à augmenter pour passer à 31,2 millions de dollars en 1999-2000 et l'Hôpital prévoit actuellement un déficit de fonctionnement d'environ 70 millions de dollars en 2000-2001. La situation du fonds de roulement de l'Hôpital devrait continuer de se détériorer, passant d'une situation positive de 39,4 millions de dollars en 1996-1997 à un déficit prévu de 145 millions de dollars à la fin de l'exercice 2000-2001. De plus, l'Hôpital a projeté de réaménager les installations dans le sens des directives de la CRSS en matière de rajustement des programmes. L'Hôpital prévoit que le coût du réaménagement des installations dépassera les 200 millions de dollars.

1.2 Objectifs du projet

L'objectif global de l'examen consistait à préparer un plan d'amélioration de la stratégie, de la gestion et de l'exploitation de l'Hôpital. On vise à offrir des services hospitaliers efficaces et efficients et à assurer une situation financière positive à l'Hôpital tout en continuant à répondre aux besoins en services de santé de la population d'une part, et aux besoins en formation de la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa, d'autre part. Plus précisément, l'examen avait pour but :

- De relever des occasions :
  - de renforcer la gouvernance et la gestion
  - d'améliorer la participation des médecins à la gouvernance et à la gestion
  - d'améliorer l'efficacité des rôles de recherche et d'enseignement
  - de faciliter l'innovation dans le cadre des processus cliniques et opérationnels
  - d'améliorer l'efficience clinique
  - d'améliorer la productivité des services offerts par les départements
  - d'accroître les recettes.
- D'évaluer l'impact des installations sur l'efficience clinique et opérationnelle
- D'évaluer la viabilité du plan fiscal en matière de réorganisation des immobilisations
- De fixer des priorités en vue de concrétiser les possibilités d'amélioration des processus cliniques, opérationnels et financiers
- D'élaborer un plan de mise en œuvre des améliorations

1.3 Ampleur et approche du projet

1.3.1 Ampleur du projet

Le projet a porté essentiellement sur les activités qui répondent au besoin de l'Hôpital d'établir un budget équilibré et de se constituer un meilleur fonds de roulement le plus rapidement possible. Le projet a inclu les principaux éléments suivants :

- Organisation du projet
- Examen de la gouvernance et de la gestion
- Examen clinique des programmes et services
- Examen de l'activité d'enseignement et de recherche
- Examen des activités et des coûts des départements
- Évaluation de l'impact des organisations secondaires
- Examen de la planification et du financement des immobilisations

- Examen des activités d'acquisition et de mise en œuvre des systèmes d'information
- Examen des finances, de la gestion financière et du financement
- Ateliers d'étude des conclusions
- Élaboration de recommandations
- Élaboration d'un plan de redressement pour l'Hôpital.

Le produit principal de cet examen est le présent rapport, qui :

- analyse le rendement, les coûts et le financement de l'Hôpital;
- cerne les possibilités d'améliorer la gouvernance, la gestion et les opérations;
- résume les possibilités d'épargner sur les coûts;
- établit les recettes additionnelles nécessaires;
- recommande les mesures à prendre et les responsabilités à assumer pour procéder à un redressement.

Le rapport est axé sur un plan qui permettra à l'Hôpital de continuer à répondre aux besoins des patients et aux besoins en formation tout en réalisant un équilibre financier.

1.3.2 Approche à l'égard du projet

L'approche que nous avons adopté à l'égard de ce projet a comporté des séries intégrées et répétitives d'analyses centrées sur la compréhension :

- des besoins de la population en soins hospitaliers
- de la réaction de l'Hôpital aux besoins de la population
- des processus cliniques et opérationnels de l'Hôpital
- des processus de gouvernance et de gestion de l'Hôpital
- du financement et des finances de l'Hôpital

pour établir les possibilités d'amélioration et élaborer un plan de redressement financier de l'organisation.

Cette approche est présentée sous forme de schéma dans la figure suivante.

Figure 1.1
Aperçu de l'approche de l'examen opérationnel et de la vérification clinique de L'Hôpital d'Ottawa

1.4 Le Comité directeur

Le projet a été mené à bien par des consultants sous la direction du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. L'examen a bénéficié des conseils d'un Comité directeur formé de représentants de L'Hôpital d'Ottawa, de l'Université d'Ottawa et du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le Comité directeur était chargé de diriger l'exécution de l'étude et de revoir et commenter les rapports provisoires et final. À titre d'organisme ayant subventionné l'examen, le ministère de la Santé s'est réservé la responsabilité de définir et de gérer l'ampleur des travaux qui doivent être menés. Le ministère, de concert avec l'Hôpital, a choisi une personne jugée indépendante des intérêts du ministère ou de l'Hôpital comme président du Comité directeur. Faisaient partie du Comité directeur :

Président indépendant :

Hugh Scott	Directeur exécutif, Centre de santé de l'Université McGill

Représentants de l'Hôpital/de l'Université :

Nick Mulder	Président du Conseil

Maria Barrados	Membre du Conseil
David Levine	Président-directeur général
D[r] Chris Carruthers	Médecin-chef
Gino Picciano	Vice-président, Médecine, Santé mentale, Pratique familiale;
	Vice-président, Planification stratégique et développement;
	Directeur des opérations du Campus, Campus Riverside
Richard Wilson	Vice-président, Finances
Wendy Nicklin	Vice-présidente, Sciences infirmières;
	Vice-présidente, Soins intensifs, Obstétrique et Gynécologie;
	Directrice des opérations du Campus, Campus Civic
Peter Walker	Doyen, Faculté de médecine, Université d'Ottawa

Représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

John King	S.-M.A., Programmes de soins de santé
Peter Finkle	Directeur, Région de l'Est
Allison Stuart	Directrice, Programmes hospitaliers
John McKinley	Directeur, Direction des finances et de l'information
David Stolte	Directeur, Équipe de mise en œuvre de la réforme de la santé
Andrew Gallardi	Gestionnaire de l'information et des finances, Région de l'Est
Keith Rose	Représentant des médecins

En outre, les P.-D.G. des autres organisations de soins de santé ont été invités à participer au Comité directeur en tant qu'observateurs. De plus, le personnel du ministère et le personnel hospitalier a assisté à des réunions du Comité pour donner son appui et pour demeurer au courant des progrès et du contenu de l'examen.

Observateurs parmi les fournisseurs de soins de santé d'Ottawa :

Gary Cardiff	Président-directeur général, Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario
Tom Schonberg	Président-directeur général, Hôpital Queensway-Carleton
Suzanne McGlashan	Chef de la direction, Centre d'accès aux soins communautaires d'Ottawa-Carleton

Personnel du ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

Brian Malcolmson	Gestionnaire, Région de l'Est
Jill Migliardi	Consultante en programmes, Région de l'Est
Susan Engels	Consultante - Hôpitaux, Équipe de mise en œuvre de la réforme de la santé
Murray Glendining	Consultant, Bureau du S.-M.A., Programmes de soins de santé
Bert Bacchus	Coordonnateur des DP, Région de l'Est
Judy Ponti-Sgargi	Consultante suppléante, Région de l'Est

Personnel de soutien de L'Hôpital d'Ottawa :

Denis St. Jean	V.-P., Communications
Suzanne Dionne	Directrice, Soutien aux décisions
Russel Armstrong	Directeur, Services exécutifs

2.0 L'Hôpital d'Ottawa

2.1 Caractéristiques des institutions fondatrices de L'Hôpital d'Ottawa

L'Hôpital d'Ottawa est né le 1er avril 1998 de la fusion des anciens hôpitaux Civic, Général et Riverside. Il résultait également de transferts de programmes causés par la fermeture de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut. La fusion a également eu des répercussions sur les opérations de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (adjacent à l'Hôpital Civic d'Ottawa), du Centre de réadaptation (qui appartient au Groupe des soins de santé de l'Hôpital Royal Ottawa et est adjacent à l'Hopital Général d'Ottawa), et du Centre régional de cancérologie d'Ottawa (dont les activités se déroulaient à la fois à l'Hôpital Civic et à l'Hôpital Général). La fusion a regroupé des institutions ayant des histoires, des cultures et des caractéristiques de fonctionnement profondément différentes. Voici un bref historique des institutions en question qui sont touchées par la fusion et qui y participent :

Hôpital Général d'Ottawa

L'Hôpital Général d'Ottawa était un hôpital d'enseignement de niveau tertiaire situé dans la partie est de la ville. Les nouveaux locaux de l'HGO ont été construits en 1980, en remplacement des immeubles originaux de l'hôpital qui se trouvaient sur la rue Bruyère. L'HGO était un hôpital bilingue servant une proportion importante de la population francophone de la région. Lors de la restructuration, l'HGO exploitait 444 lits de soins actifs pour adultes hospitalisés et 45 lits de soins actifs en santé mentale. Le taux de mise en congé s'élevait à 89,42 par 1 000 personnes aiguillées. L'HGO s'occupait notamment de l'Institut de l'œil de l'Université d'Ottawa, un centre tertiaire régional en ophtalmologie. L'HGO prenait également en charge les activités de son propre institut de recherche en santé.

L'HGO se trouve sur le même site que l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario et que la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa.

Hôpital Civic d'Ottawa

La création de l'Hôpital Civic d'Ottawa remonte à 1924. Au moment de la fusion, il s'agissait d'un hôpital d'enseignement de niveau tertiaire situé dans la partie ouest de la ville, dans un grand quartier anglophone. Lors de la restructuration, l'HCO exploitait 660 lits de soins actifs pour adultes hospitalisés et 40 lits de soins actifs en santé mentale. Le taux de mise en

congé s'élevait à 91,74 par 1 000 personnes aiguillées et englobait l'activité de l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, un centre régional de soins en cardiologie de niveau tertiaire abritant 118 lits pour adultes hospitalisés. L'HCO prenait également en charge l'activité de l'Institut de recherche sur la santé Loeb, adjacent à l'hôpital.

Hôpital Riverside

Ouvert en 1967, l'Hôpital Riverside tenait lieu d'hôpital communautaire servant une petite circonscription hospitalière dans la région sud-est de la ville. Lors de la restructuration, l'HR exploitait 238 lits de soins actifs pour adultes hospitalisés. Le taux de mise en congé s'établissait à 85,07 par 1 000 personnes aiguillées.

Hôpital Grace de l'Armée du salut

Les origines de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut remontent à 1922. Les principaux programmes de ce petit hôpital communautaire servant la région ouest de la ville étaient le travail et l'accouchement et l'ophtalmologie. Au moment de la restructuration, l'HGAS exploitait 108 lits de soins actifs pour adultes hospitalisés. Le taux de mise en congé était de 87,11 par 1 000 personnes aiguillées.

Services de santé Royal Ottawa – Hôpital Royal d'Ottawa

Les origines des Services de santé Royal Ottawa (SSRO) datent de 1910, année de création de l'Hôpital Royal d'Ottawa, un établissement pour patients hospitalisés en santé mentale. Lors de la restructuration, l'HRO exploitait 179 lits de soins pour personnes hospitalisées en santé mentale et divers programmes communautaires et de consultations externes, dont un département d'urgences en psychiatrie.

Services de santé Royal d'Ottawa-Le Centre de réadaptation

Les SSRO exploitaient également le Centre de réadaptation (LCR), un établissement de réadaptation à l'interne adjacent à l'Hôpital Général d'Ottawa. Au moment de la restructuration, LCR exploitait 74 lits de réadaptation à l'interne.

Centre régional de cancérologie d'Ottawa

Lors de la fusion, le Centre régional de cancérologie d'Ottawa prenait en charge les services d'évaluation, d'aiguillage et de chimiothérapie en consultations externes dans ses propres locaux de l'Hôpital Civic d'Ottawa et de l'Hôpital Général d'Ottawa.

2.2 Restructuration des soins de santé à Ottawa-Carleton

Les tentatives de réorganiser les services hospitaliers dans la région d'Ottawa-Carleton ont débuté avant la constitution de la Commission de restructuration des services de santé, investie de son mandat par le gouvernement provincial.

Les premiers efforts de restructuration

En 1994, le Conseil régional de santé d'Ottawa-Carleton a obtenu un mandat de deux ans en vue d'élaborer des recommandations relativement à la réorganisation des services de santé dans la région. Publié en juin 1996, son rapport recommandait notamment :

- la fusion de l'Hôpital Général d'Ottawa et de l'Hôpital Civic d'Ottawa et le regroupement des services tertiaires dans l'un des deux hôpitaux;
- un rôle plus ciblé pour l'Hôpital Riverside et l'Hôpital Grace de l'Armée du salut;
- du soutien accru au rôle distinct joué par l'Hôpital Montfort en région et dans la province.

Commission de restructuration des services de santé

La création de la Commission de restructuration des services de santé a marqué le remplacement de l'initiative des CRSOC. La CRSS a entrepris ses travaux à Ottawa-Carleton en 1996. Elle a fait paraître son rapport final sur les hôpitaux de soins actifs dans la région en août 1997. Les directives principales de la CRSS qui portaient sur L'Hôpital d'Ottawa étaient les suivantes :

- Fusionner l'Hôpital Général d'Ottawa, l'Hôpital Civic d'Ottawa et l'Hôpital Riverside en une corporation d'ici le 31 décembre 1998.
- Élaborer et mettre en œuvre un plan de regroupement de tous les services hospitaliers sur les Campus Général et Civic d'ici le 31 août 1998 (modifié au 31 décembre 1998).
- Transférer des services et fermer l'Hôpital Riverside, dont son Département des urgences, d'ici juin 1998 (modifié au 31 mars 1999).
- Transférer tous les programmes de L'Hôpital Grace de l'Armée du salut, sauf ceux qui touchent l'obstétrique, la gynécologie et les nouveau-nés, d'ici le 31 mai 1998 (modifié au 30 septembre 1998).
- Transférer tous les programmes internes de l'Hôpital Montfort, sauf ceux qui sont associés aux soins actifs en santé mentale et à l'obstétrique au Campus Général de l'Hôpital d'Ottawa d'ici le 31 mai 1998 (modifié au 31 août 1998).
- D'ici le 31 août 1998, regrouper la plupart des services tertiaires au Campus Général.

- Élaborer et mettre en œuvre un plan d'exploitation de 1 111 lits de soins actifs, 99 lits de soins actifs en santé mentale pour patients adultes, 53 lits pour services de réadaptation régionaux et 48 lits pour services locaux de réadaptation de courte durée. Dans une lettre datée du 23 avril 1999, la CRSS a rectifié la configuration totale des lits (à compter de mars 1999) en la portant à 1 381 lits. Ce sont 1 111 lits de soins actifs, 83 lits de soins actifs en santé mentale, 38 lits pour services de réadaptation régionaux, 36 lits pour services locaux de réadaptation de longue durée, 33 lits pour services locaux de réadaptation de courte durée et 80 lits en soins pour affections subaiguës.
- Rénover le Département des urgences, les secteurs de soins ambulatoires et les secteurs chirurgicaux au Campus Civic.
- Rénover le Département des urgences, les secteurs des soins ambulatoires, les salles d'opération, les services de soins chirurgicaux de jour, les chambres de naissance, les secteurs des soins intensifs et de l'imagerie diagnostique au Campus Général.

L'Hôpital d'Ottawa a réagi à ces directives en soumettant la proposition de maintenir le site de l'Hôpital Riverside comme centre de soins ambulatoires. L'Hôpital soutenait que sa proposition permettrait de réaliser certaines économies au niveau des besoins estimatifs en immobilisations et de respecter les directives de la CCRS. Au cours du dialogue avec la CCRS relativement à cette autre proposition, d'autres directives ont été émises par la CCRS concernant les services en santé mentale et les services de réadaptation. La CCRS a publié sa série finale de directives modifiées pour l'Hôpital d'Ottawa en mars 1999. Ces directives comprenaient les suivantes :

- approbation d'un modèle à trois campus pour l'Hôpital d'Ottawa, y compris le Centre de soins ambulatoires Riverside;
- nécessité de demander une désignation française en vertu de la *Loi sur les services en français* pour le Campus Général, le Campus Riverside, le Centre de réadaptation et l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa d'ici le 31 mars 1999;
- nécessité d'établir l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa comme filiale de l'Hôpital d'Ottawa d'ici le 30 avril 1999;

- nécessité de transférer le Centre de réadaptation des Services de santé Royal Ottawa à L'Hôpital d'Ottawa et de le constituer en filiale de l'hôpital d'ici le 30 avril 1999.

En outre, par suite des changements apportés au rôle de l'Hôpital Royal d'Ottawa, L'Hôpital d'Ottawa a accepté d'absorber le programme des services psychiatriques d'urgence de l'HRO.

Créer le nouvel Hôpital d'Ottawa

Les directives de la CCRS ont suscité une réaction mitigée au sein de la collectivité. Même si celle-ci a accordé un appui considérable à la fusion et à la restructuration, elle éprouvait néanmoins de vives inquiétudes au sujet de la réaffectation possible des programmes et des services d'un site à un autre. En outre, le projet de fusion de l'Hôpital Civic d'Ottawa et de l'Hôpital Général d'Ottawa a attisé les tensions linguistiques et culturelles actuelles entre les régions est et ouest de la ville. La nomination de M. David Levine comme président et chef de la direction de L'Hôpital d'Ottawa au printemps 1998 a marqué l'éclatement de ces tensions. M. Levine était du Québec et avait récemment été fonctionnaire du gouvernement provincial au Québec.

Malgré ces tensions au sein de la collectivité, un comité directeur a été constitué en 1997 pour lancer le processus de fusion. L'Hôpital d'Ottawa est officiellement né le 1er avril 1998. La fusion s'appuyait sur certaines grandes réalisations du Comité directeur et d'organisations fusionnantes, dont :

- la création d'une structure de gouvernance unique appuyée par les anciens conseils des hôpitaux fondateurs;
- la création d'une structure unique du personnel médical régie par un Comité consultatif transitoire des affaires médicales;
- l'approbation, par le conseil fondateur de L'Hôpital d'Ottawa, d'un énoncé de mission et des règlements intérieurs du personnel administratif et médical;
- l'établissement d'une structure de planification clinique générale visant à orienter les fermetures d'hôpitaux nécessaires, les transferts de programmes, et la réorganisation des services tertiaires au sein de L'Hôpital d'Ottawa;
- la nomination d'une équipe de gestion supérieure d'ici septembre 1998 et d'une structure de gestion globale d'ici décembre 1998;

- la nomination de chefs de département et de chefs de division du personnel médical d'ici la fin de 1998.

Défis importants auxquels le nouvel hôpital fusionné est confronté

L'organisation nouvellement fusionnée s'est vue confrontée à des défis importants, dont :

- la fusion d'organisations ayant des traditions culturelles et linguistiques considérablement différentes, notamment anglophone/francophone, protestante/catholique, enseignement communautaire/tertiaire;
- la sensibilité de la collectivité à l'égard des répercussions possibles de la fusion sur l'ajustement des programmes et des services à Ottawa;
- la nécessité de demander une désignation bilingue formelle en un court délai pour apaiser les vives préoccupations de la collectivité, selon lesquelles l'accès au service de langue française diminuerait du fait de la fusion;
- l'intégration de médecins de ville et de médecins universitaires en une organisation de pratique médicale;
- un renouvellement important chez les cadres supérieurs et la perte de la mémoire d'entreprise au niveau de la haute direction;
- un mouvement de personnel considérable menant à une perte importante de compétences et de savoir-faire dans tous les secteurs de l'organisation;
- un certain nombre de problèmes préexistants en matière de ressources humaines, qui n'ont pas été résolus;
- des systèmes d'information présentant d'importants problèmes d'« héritage » et une absence de planification ou de discussion au sujet de leur intégration;
- l'intégration de la planification et de l'application des systèmes et du matériel informatiques en vue de l'an 2000;
- des installations vieillissantes;
- de courts délais de réalisation des fermetures d'hôpitaux et des principaux transferts de programmes;
- la nécessité d'intégrer les fondations, les instituts auxiliaires et les instituts de recherche pour les harmoniser à la structure nouvellement fusionnée;
- la nécessité d'établir des liens avec l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et avec le Centre de réadaptation des Services de santé Royal Ottawa à l'intérieur de courtes périodes.

Réalisations importantes depuis la fusion

Depuis la fusion du 1er avril 1998, L'Hôpital d'Ottawa a déployé des efforts considérables pour intégrer le personnel, les programmes, les services, les finances, les systèmes et les installations des organisations qu'il a remplacé. Signalons les réalisations suivantes depuis la fusion :

- mise en œuvre de la nouvelle structure d'entreprise (conseil d'administration, haute direction, chefs de département et chefs de division du Département de médecine, directeurs, gestionnaires) en date de décembre 1998;
- intégration des médecins de l'Hôpital Riverside et de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut, sans diminution de privilèges, au sein d'un environnement d'enseignement tertiaire;
- transfert du programme d'ophtalmologie de l'HGAS et consolidation des services d'ophtalmologie pour patients externes du Campus Civic aux installations nouvellement rénovées au Campus Riverside;
- fermeture de lits pour patients hospitalisés à l'Hôpital Riverside en date du 30 avril 1999 (y compris le transfert de personnel, de programmes et d'équipement tel qu'exigé par la CRSS);
- conversion de l'ancienne salle d'urgence de l'Hôpital Riverside en Centre de soins actifs médicaux Riverside d'ici mai 2000;
- achèvement de certains projets prioritaires en 1998 et en 1999, dont des rénovations et des ajouts aux installations de travail et d'accouchement dans les deux campus pour patients hospitalisés, l'ajout de 40 nouveaux lits au Campus Général, la construction d'une Unité de soins coronariens au Campus Général;
- consolidation de certains services tertiaires dans l'un ou l'autre des campus pour patients hospitalisés : (Oncologie médicale (Campus Général) en 1998; Ophtalmologie pour patients hospitalisés (Campus Général) en 1999; Chirurgie vasculaire (Campus Civic) en 2000; Néphrologie pour patients hospitalisés (Campus Général) en 2000). D'autres consolidations sont actuellement planifiées, dont celles de la Traumatologie, des Neurosciences et de la Chirurgie thoracique/de la Respirologie;
- mise en œuvre complète d'un plan de préparation à l'an 2000 et progrès réalisés dans l'intégration des systèmes d'information dans les trois campus;

- consolidation réussie des syndicats (ONA, SCFP, OPSEU) et progrès réalisés dans la préparation de nouvelles conventions collectives;
- appui à la mise en place du Réseau 7B avec les hôpitaux de Winchester et de Hawkesbury;
- fusion des entités antérieures de collecte de fonds en une Fondation de L'Hôpital d'Ottawa en mai 1999;
- fusion des instituts de recherche précédents en un Institut de recherche sur la santé d'Ottawa devant être lancé le 1er avril 2001;
- transfert des Services d'urgence en psychiatrie de l'Hôpital Royal d'Ottawa à L'Hôpital d'Ottawa en date d'octobre 2000.

2.3 *L'Hôpital d'Ottawa à ce jour*

L'Hôpital d'Ottawa est aujourd'hui l'un des plus importants hôpitaux d'enseignement de niveau tertiaire au Canada. Ses activités se répartissent sur trois campus. Les Campus Général et Civic offrent tous les services pour patients hospitalisés de L'Hôpital d'Ottawa. L'Hôpital prévoit déménager une proportion considérable de ses programmes ambulatoires au Campus Riverside.

Au cours de l'exercice 1999-2000, l'Hôpital a exploité 932 lits de soins actifs pour adultes hospitalisés et a enregistré 55 395 mises en congé représentant 93 858 cas pondérés et 394 161 jours-patient. Pendant la même période, l'Hôpital a pratiqué 43 061 interventions chirurgicales de jour. Les Services de l'urgence aux Campus Civic et Général et le Centre médical de soins actifs Riverside ont offert 139 244 consultations. De plus, les cliniques de soins ambulatoires et les services d'imagerie diagnostique ont reçu près de 1 000 000 de patients.

L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa fonctionne comme une filiale de l'Hôpital. L'Hôpital a également des ententes de collaboration avec le Centre régional de cancérologie d'Ottawa.

L'Hôpital d'Ottawa a conclu une entente-cadre avec le réseau hospitalier rural 7B. Des discussions sont en cours pour en venir à une entente semblable avec le réseau 7A.

En tant qu'établissement d'enseignement supérieur, l'Hôpital a des liens très étroits avec l'Université d'Ottawa, notamment

avec la Faculté de médecine et la Faculté des sciences de la santé. L'Hôpital a conclu une entente de collaboration avec le tout nouvel Institut de recherche en santé d'Ottawa.

L'Hôpital d'Ottawa s'est doté d'un Conseil d'administration de 28 membres, emploie un personnel hospitalier de 8 900 personnes (dont 3 100 infirmiers et infirmières) et a un personnel médical de 1 200 personnes. En 1999-2000, l'Hôpital comptait 680 résidents et internes. Pendant cette année-là, 350 étudiants et étudiantes en médecine et 775 étudiants et étudiantes en sciences infirmières ont également achevé leur formation à l'Hôpital.

Populations servies par L'Hôpital d'Ottawa

L'Hôpital d'Ottawa se trouve dans la nouvelle ville fusionnée d'Ottawa. En l'an 2000, la population de la nouvelle ville d'Ottawa est évaluée à 773 230 habitants.

Les hôpitaux de la région d'Ottawa servent un grand nombre de personnes aiguillées, évaluées à 963 034 habitants pour l'an 2000. Quelque 25,2 % du volume annuel de patients de L'Hôpital d'Ottawa est formé de résidents de collectivités provenant de l'extérieur d'Ottawa. L'Hôpital d'Ottawa est un important fournisseur de soins secondaires et tertiaires pour les résidents de Hull et sa région. Environ 5 % des soins offerts aux patients hospitalisés et aux patients en chirurgie ambulatoire de L'Hôpital d'Ottawa sont dispensés à des résidents du Québec.

La population de la ville d'Ottawa est francophone dans une proportion d'environ 18 %. Cette proportion représente 23 % de la population francophone de la province. Une fois incluse la population des patients aiguillés, le pourcentage de la collectivité francophone de l'Ontario desservie par L'Hôpital d'Ottawa est beaucoup plus élevé. L'Hôpital est ainsi largement tenu d'offrir des services dans les deux langues officielles.

En 1997, on a évalué à 14 % sur une période de cinq ans la croissance de la population de la région desservie par L'Hôpital d'Ottawa. Toutefois, l'influx récent de technologie et les autres activités commerciales de la « nouvelle économie » dans la région nous ont amené à revoir ces projections de croissance. On prévoit que la croissance réelle sera considérablement plus élevée. Comme dans les autres régions de la province, on constate des taux plus élevés de croissance au sein des groupes démographiques qui ont largement besoin de services hospitaliers, en particulier les

gens qui ont entre 45 et 64 ans et les personnes de plus de 75 ans.

3.0 Gouvernance et gestion

3.1 La province et l'Hôpital

Les hôpitaux de l'Ontario dépendent considérablement du gouvernement provincial pour ce qui est de leur fonds de fonctionnement et de leur fonds de capital et d'emprunt. La population tient le gouvernement provincial responsable du financement, de l'organisation, de l'exécution et, dans une large mesure, de la qualité des services hospitaliers. Toutefois, l'hôpital est une entité privée qui appartient à sa société et qui est régie par un conseil des gouverneurs indépendants. En raison du point de vue de la population et de la quantité de deniers publics investis dans les hôpitaux, le gouvernement a de plus en plus fait ressortir la responsabilité des hôpitaux et des conseils hospitaliers pour ce qui est de leur utilisation de ces deniers publics et de leur efficacité, de leur efficience et de la viabilité à long terme des hôpitaux.

Le gouvernement tient les conseils hospitaliers responsables. Cependant, il leur a permis de faire preuve de beaucoup d'autonomie et de bénéficier d'énormément de latitude pour répondre du mieux qu'ils le peuvent aux intérêts et aux besoins de leurs collectivités. Le gouvernement estime qu'une fois qu'il a convenu du programme général de l'hôpital, il n'entretient pas de lien de dépendance avec les activités quotidiennes de l'hôpital, à moins qu'il survienne un problème de taille. À ce stade, le ministère a le droit et le pouvoir d'intervenir s'il le juge à propos. Le gouvernement dispose des genres d'intervention suivants :

- une vérification visant à contrôler et à déterminer l'ampleur du problème
- un examen opérationnel en vue de confirmer l'ampleur du problème et d'établir s'il est possible d'y remédier
- une enquête pour faire un rapport formel « sur la qualité de la gestion et de l'administration d'un hôpital et sur la qualité des soins et des traitements fournis aux malades de l'hôpital[15]. »
- Le superviseur « conseille le directeur général et le conseil de l'hôpital afin d'améliorer la qualité de la gestion et de

[15] *Loi sur les hôpitaux publics*, avril 1990, article 7a

l'administration de l'hôpital et des soins fournis et des traitements administrés aux malades de l'hôpital. » Au besoin, si le superviseur le juge nécessaire, le superviseur de l'hôpital peut « poser cet acte au nom du conseil ou des membres de l'association en question. Dans ce cas, l'acte a la même valeur que s'il avait été posé par le conseil ou les membres de la personne morale. » Et « [p]endant la durée du mandat du superviseur ... aucun acte du conseil de l'hôpital n'est valide à moins d'être approuvé par écrit par le superviseur hospitalier[16]. »

« Le ministère de la Santé... a la responsabilité de déterminer la nature du système de soins de santé et d'en assurer la planification. Les responsabilités de l'hôpital consistent à assurer la gestion et la prestation des services prévus de la façon la plus efficace possible, à faire une utilisation optimale des ressources disponibles et à s'efforcer continuellement d'améliorer la disponibilité et la qualité de ses services. Le mandat de l'hôpital est défini à l'intérieur du cadre déterminé par le ministère de la Santé[17]. »

3.2 Gouvernance de l'Hôpital

La gouvernance[18] est l'exercice par lequel le Conseil d'administration d'un hôpital assure son autorité, sa direction et son contrôle sur l'établissement. Les responsabilités fondamentales de la gouvernance consistent à :

- définir les buts, principes et objectifs de l'hôpital;
- assurer et surveiller la qualité des services dispensés par l'hôpital;
- assurer l'intégrité financière et l'avenir à long terme de l'hôpital;
- organiser et surveiller l'efficacité de la gestion de l'hôpital;
- approuver les plans et budgets de fonctionnement annuels de l'hôpital.

Le conseil d'administration d'un hôpital doit répondre directement de ses activités à la société hospitalière. Le conseil d'administration et la société doivent rendre des comptes aux

---

[16] Ibid.

[17] Tiré de « À l'aube du XXI[e] siècle, Les hôpitaux publics de l'Ontario – Rapport du Comité de direction sur l'examen de la Loi sur les hôpitaux publics », ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto (Ontario), février 1992.

[18] Ibid.

patients et aux communautés desservies par l'hôpital, mais aussi au gouvernement provincial qui finance l'hôpital au nom de ces patients et communautés, ainsi qu'au personnel de l'hôpital.

Le conseil d'administration d'un hôpital et l'intégrité financière de l'hôpital

L'une des responsabilités fondamentales du conseil d'administration d'un hôpital réside dans l'intégrité financière de l'hôpital et dans sa solvabilité à long terme. Il doit rendre des comptes à :

- la société hospitalière,
- la communauté,
- la province qui agit au nom de cette communauté

pour assurer la viabilité à long terme de l'hôpital. Le conseil devrait assurer un contrôle et la gestion financière efficace de l'hôpital. La solvabilité financière de l'hôpital revêt une importance cruciale pour sa capacité de répondre aux besoins en soins de la communauté. Les conseils d'administration d'hôpitaux qui permettent que la dette de l'hôpital excède sa capacité de rembourser la dette en question mettent en péril l'hôpital, sa capacité de fournir un service à la communauté et la santé de celle-ci. Cette façon de gérer les deniers publics et les dons de charité n'est ni bonne ni raisonnable et n'est pas conforme aux obligations à long terme du conseil et de la société hospitalière à l'égard de sa communauté. Si le conseil d'administration d'un hôpital met en péril la solvabilité et la viabilité à long terme d'un hôpital, il appartient au gouvernement provincial de prendre des mesures dans l'intérêt de la communauté locale et de l'ensemble de la province. Si des gestes moindres ne parviennent pas à rectifier la situation, le gouvernement devra peut-être assumer des responsabilités de contrôle et de gouvernance pour l'hôpital au moyen de la nomination d'un superviseur aux conditions énoncées pour un superviseur d'hôpital en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics*.

3.3 Gouvernance de L'Hôpital d'Ottawa

Les paragraphes suivants fournissent une brève description et une évaluation des structures et des processus de participation et de gouvernance de L'Hôpital d'Ottawa.

3.3.1 La société hospitalière de L'Hôpital d'Ottawa

Un hôpital doit rendre des comptes à la communauté qu'il dessert comme la société hospitalière le fait valoir. La société hospitalière de L'Hôpital d'Ottawa est constituée [19] :

- De membres bénévoles : Il s'agit de toute personne « qui a été un membre actif d'une association de bénévoles (de l'hôpital) durant la dernière année civile et dont le nom figure sur la liste soumise au secrétaire par l'association de bénévoles.... et qui a retourné au secrétaire la carte d'adhésion signée[...] ».
- De membres de la fondation : Il est ici question d'une personne physique ou d'une entité commerciale « à laquelle une fondation a délivré un ou des reçus aux fins de l'impôt équivalent en total à au moins 25 $ durant la dernière année civile....et qui a retourné au secrétaire la carte d'adhésion signée ».
- D'administrateurs de l'HCO, de l'HGO, de l'HR et de l'HGAS pendant l'une des trois (3) années civiles précédant la plus récente assemblée annuelle des membres.
- D'administrateurs de L'Hôpital d'Ottawa[20].

Même si ces exigences font en sorte de produire une personne morale de taille imposante, toutes les personnes qui montrent un intérêt à l'égard de l'hôpital par leur appui bénévole peuvent devenir membres. En outre, les membres de la société hospitalière peuvent ainsi refléter les communautés servies par L'Hôpital et qui s'y intéressent.

3.3.2 Composition et taille du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration actuel de L'Hôpital d'Ottawa comprend 28 membres, soit 20 membres élus et 8 membres d'office. Les membres d'office sont :

- Président de la Medical Staff Association (en vertu des statuts)
- Vice-président de la Medical Staff Association (en vertu des statuts)
- Médecin-chef (en vertu des statuts)
- Président de L'Hôpital d'Ottawa

---

[19] Règlement administratif de L'Hôpital d'Ottawa, 14 juin 2000

[20] Règlement administratif de L'Hôpital d'Ottawa, 14 juin 2000, par. 14 (4)

- Représentant des auxiliaires de L'Hôpital d'Ottawa
- Représentant de la Fondation de L'Hôpital d'Ottawa
- Doyen, Faculté de médecine, Université d'Ottawa
- Doyenne, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa.

La taille du Conseil d'administration a été réduite par rapport aux 32 membres qu'il comptait lors des débuts de L'Hôpital. Le règlement administratif de L'Hôpital prévoit que la taille finale du Conseil d'administration doit être de 26 membres, soit 18 élus et 8 nommés d'office).

La taille actuelle et éventuelle du Conseil d'administration est relativement imposante, ce qui présente plusieurs lacunes possibles :

- On pourrait s'attendre à ce que la taille du Conseil d'administration rende ses délibérations et la prise de décisions moins efficaces.
- La taille pourrait faire en sorte qu'il soit difficile, pour le Conseil d'administration, de faire preuve d'un leadership vigoureux et décisif au sein de l'organisation.

Le Conseil d'administration actuel de L'Hôpital d'Ottawa est parvenu à faire obstacle à ces lacunes possibles. En déléguant de plus en plus efficacement la responsabilité des enquêtes et des débats sur les questions examinées à leurs comités, le grand nombre d'administrateurs ne semble pas nuire au fonctionnement efficace du Conseil d'administration de L'Hôpital d'Ottawa. Si le Conseil demeure efficace, il importera de poursuivre en ce sens et de déléguer encore davantage des travaux aux comités du Conseil d'administration.

3.3.3 Nomination et élection au Conseil d'administration

L'Hôpital d'Ottawa dispose d'un processus relativement complexe d'élection au Conseil d'administration. Il s'agit toutefois d'un processus extrêmement ouvert et démocratique. Les administrateurs deviennent donc vraiment et visiblement redevables par rapport aux membres de la personne morale.

Le Règlement administratif de l'Hôpital[21] donne instruction au Comité des candidatures de se laisser guider par une série de

[21] Règlement administratif de L'Hôpital d'Ottawa, 14 juin 2000, art. 14

principes, de qualités et de compétences nécessaires lors de l'examen des candidats en vue de l'élection au Conseil :

- capable, expérimenté et en mesure de diriger l'hôpital
- doit refléter une multitude d'intérêts et de points de vue
- au moins le tiers du Conseil d'administration élu provient de la communauté francophone
- le nombre d'hommes et de femmes est équilibré au sein du Conseil d'administration élu
- représentation de l'extérieur de la Municipalité régionale d'Ottawa-Carleton
- représentation des communautés desservies en ce qui a trait à leurs caractéristiques démographiques, linguistiques, culturelles, économiques, géographiques, ethniques, religieuses et sociales.

Pour paraphraser le règlement administratif de la personne morale, le processus d'élection au Conseil d'administration suit les étapes ci-dessous.

1. Le Comité des candidatures (CC) se compose de trois (3) administrateurs et de cinq (5) personnes qui représentent la collectivité nommées par le Comité de gouvernance du Conseil d'administration et « qui ont le droit de voter sur des résolutions que présente le comité des mises en candidatures[22]. »
2. Le CC annonce et publie un « Appel de candidats ».
3. Le CC prépare une « Liste préliminaire » de candidats à partir de ceux qui répondent à la publicité et des autres qui sont connus du comité.
4. La liste préliminaire doit être au moins égale au nombre de postes vacants au Conseil d'administration plus deux personnes.
5. Le président du Comité des candidatures distribuera par courrier la « liste préliminaire » à tous les membres de la personne morale.
6. Les membres de la personne morale choisissent les personnes de la liste préliminaire qu'ils veulent voir figurer sur la liste finale (par courrier, par télécopieur, par

[22] Règlement administratif de L'Hôpital d'Ottawa, 14 juin 2000, art. 32, G (1).

courriel, etc., tel que déterminé par le Comité des candidatures).

7. Le Comité des candidatures examinera les résultats du vote des membres et préparera une « liste finale ». Le Comité des candidatures n'est pas lié par le vote des membres; ….la « décision quant à l'établissement de la liste finale lui appartient[23]. »

8. Le Comité des candidatures présente sa liste finale à l'assemblée annuelle pour acceptation ou rejet.

9. À l'assemblée annuelle des membres, ces derniers éliront ou refuseront d'élire les personnes dont le nom figure sur la liste finale des candidatures[24].

10. Si les membres n'élisent pas les personnes dont le nom figure sur la liste finale des candidatures, le Conseil d'administration comblera les postes libres en ayant recours à la procédure établie pour combler les postes libres à moyen terme au sein du Conseil d'administration. (La liste finale des candidatures du Comité des candidatures peut être établie pour atteindre les objectifs d'équilibre de représentation des sexes et de représentation des francophones.)

Pour connaître du succès, ce processus exige que tous les candidats montrent de l'intérêt, des compétences, de l'expérience et les caractéristiques exigées par le Conseil d'administration. De plus, les candidats possibles doivent être prêts à se présenter à une élection et à la perdre. Compte tenu de l'embarras possible d'une élection perdue pour le Conseil d'administration d'un hôpital, le processus exigeant l'élection par les membres des personnes figurant sur la liste des candidats pourrait atténuer l'enthousiasme de membres plus connus des collectivités desservies par l'hôpital de siéger au Conseil d'administration de L'Hôpital.

Toutefois, il s'agit d'un mécanisme très efficace d'obtention de la contribution des membres de la personne morale de L'Hôpital au processus de nomination. Bien que les membres n'exercent pas de contrôle, ils peuvent influencer grandement l'établissement de la liste des candidats à l'élection au Conseil d'administration.

---

[23] Règlement administratif de L'Hôpital d'Ottawa, 14 juin 2000, par. 15 (7)

[24] Règlement administratif de L'Hôpital d'Ottawa, 14 juin 2000, par. 3 (5)

Le Comité des candidatures, tel que constitué aux termes du règlement administratif, compte une majorité de membres qui ne sont pas membres du Conseil d'administration ou de la société hospitalière. Nous nous interrogeons sur l'opportunité d'une telle structure. Compte tenu de l'importance des caractéristiques, des intérêts, des compétences et de l'expérience des membres du Conseil d'administration pour la réussite de l'organisation, il n'est pas approprié, selon nous, que des non membres de la personne morale forment une majorité au sein du Comité des candidatures. En outre, étant donné le pouvoir du Comité des candidatures d'annuler le vote des membres de la société hospitalière, nous estimons qu'il est inopportun de compter une majorité de non membres au Comité des candidatures.

Recommandation :

(1) Le Comité de la gouvernance du Conseil d'administration devrait réviser le règlement administratif de L'Hôpital pour veiller à ce que les membres du Conseil forment une majorité des membres du Comité des candidatures.

3.3.4 Orientation du Conseil d'administration

L'Hôpital fournit un programme d'orientation exhaustif aux nouveaux membres du Conseil d'administration accompagné d'un guide d'orientation. Il s'agit d'une excellente ressource qui prépare les membres du Conseil d'administration à leur rôle et à leurs responsabilités.

De plus, il se tient une séance de formation du Conseil d'administration liée à une question ayant trait à L'Hôpital ou au secteur de la santé au début de chaque réunion du Conseil d'administration.

3.3.5 Structures et processus des comités

Le Conseil d'administration comprend sept (7) comités permanents :

- le Comité exécutif
- le Comité des communications
- le Comité des finances
- le Comité de la gouvernance
- le Comité des candidatures

- le Comité de planification et d'aménagement
- le Comité de la qualité.

Chaque membre du Conseil d'administration doit siéger à au moins un comité permanent. Les membres votants des comités permanents doivent être membres du Conseil d'administration. Même si les autres peuvent participer comme membres non votants, seuls les membres du Conseil d'administration peuvent voter au sujet de points à recommander au Conseil d'administration pour adoption par L'Hôpital. Cette restriction impose aux membres du Conseil d'administration le lourd fardeau de prendre part à des comités. Si chaque comité (exception faite du Comité des candidatures, qui est limité à trois (3) membres du Conseil d'administration) doit compter au moins huit (8) membres votants (ce qui constitue un minimum raisonnable pour assurer un quorum à chaque réunion et la diversité d'opinion dans les délibérations du comité), presque tous les 28 membres du Conseil d'administration doivent donc faire partie d'au moins 2 comités permanents du Conseil d'administration. Quand le nombre de membres du Conseil d'administration est abaissé à 26, tous les membres du Conseil d'administration, sauf un, devront siéger à deux comités permanents. Il s'agit d'un engagement considérable à exiger de bénévoles, dont bon nombre prendront part activement à d'autres activités bénévoles en plus de leurs activités professionnelles et personnelles. Si ils sont incapables de remplir cette exigence de siéger à des comités du Conseil d'administration et d'y participer, les affaires de l'Hôpital pourraient en souffrir.

Nous incitons l'Hôpital à permettre à une minorité de membres de la collectivité (qui ne font pas partie du Conseil d'administration) de siéger comme membres votants des comités permanents du Conseil d'administration. Ainsi, on s'en remettra moins aux membres du Conseil d'administration pour peupler tous ses comités, ce qui réduira leur charge de travail hospitalière et leur permettra de se concentrer sur un plus petit nombre de domaines. En outre, il en résultera un cadre de gens qui connaissent l'Hôpital et les rouages du Conseil d'administration et qui peuvent se porter candidats à l'élection au Conseil d'administration.

De plus, le Conseil d'administration compte trois comités consultatifs :

- le Comité médical consultatif (en vertu de la loi)
- le Comité communautaire consultatif

- le Comité fiscal consultatif (en vertu de règlements).

3.3.6 Mécanismes de Comité

Une quantité considérable de travail du Conseil d'administration est déléguée, de façon appropriée, à ses comités permanents. Les comités revoient de l'information et débattent de questions de manière plus complète que ce qu'aurait pu faire le Conseil d'administration plénier. Une fois acquise une expérience accrue de cette approche de gouvernance, l'étude du travail des comités par le Conseil d'administration s'est considérablement améliorée. À l'heure actuelle, les comités permanents :

- font rapport de leurs recommandations pour que le Conseil d'administration y donne suite;
- appuient leurs recommandations de documents sur des questions abordées et des discussions qui ont eues lieu au niveau du comité;
- les comités fournissent également des compte rendus détaillés de leurs réunions pour renseigner le Conseil d'administration plénier;
- sauf en présence de circonstances extraordinaires, ces processus et ces pratiques minimisent la nécessité que le Conseil d'administration plénier étudie et débatte de nouveau des questions ayant été traitées au niveau du comité;
- les membres du Conseil d'administration demanderont au sous-comité de clarifier les faits, les questions et les recommandations; ils ne reprennent pas le débat ayant déjà eu lieu au niveau du sous-comité;
- le Conseil d'administration se prononcera par scrutin au sujet de la recommandation du Comité, l'acceptant ou la rejetant selon ce qu'il juge approprié.

Cette approche des délibérations et de la prise de décisions rend les réunions du Conseil d'administration plus efficaces. Elle permet au Conseil d'administration plénier de concentrer ses délibérations sur les questions les plus cruciales.

3.3.7 Définir et maintenir les objets et les principes de l'Hôpital

L'industrie des soins de santé a nettement reconnu l'importance des hôpitaux dans l'élaboration d'ensembles

cohérents d'objectifs et de plans. La planification est reconnue comme une composante cruciale de la gouvernance et de la gestion des hôpitaux. Les hôpitaux devraient élaborer des plans en réaction aux besoins de la collectivité et de concert avec celle-ci et d'autres organismes de soins de santé et de services sociaux. La planification hospitalière efficace devrait comprendre les éléments suivants :

- déterminer quelles collectivités doivent être servies par l'hôpital;
- établir les objectifs de l'hôpital (vision, mission et valeurs fondamentales);
- choisir les besoins en matière de santé de la collectivité composite qui pourrait être bien servie par l'hôpital (énoncé du rôle);
- définir et décrire les programmes et les services qui doivent être offerts par l'hôpital pour répondre aux besoins en santé de la population et atteindre les objectifs de l'hôpital (plan à long terme);
- expliciter les plans de mise en œuvre des objectifs en matière de programme et de services du plan à long terme et réaliser la vision et la mission de l'hôpital (plan stratégique);
- traduire les objectifs, les plans et les stratégies en activités spécifiques devant être entreprises au cours du prochain exercice (plan opérationnel).

Nous pensons qu'un énoncé de vision/de mission, un énoncé de rôle, un plan à long terme et un plan stratégique sont essentiels à la gouvernance et à la gestion fructueuses d'un hôpital. Les décisions prises en l'absence de plans à long terme et de plans stratégiques clairement énoncés sont fréquemment non coordonnées et incohérentes. La complexité d'un hôpital et ses niveaux de gouvernance et de gestion exigent que les décisions soient prises en fonction d'un ensemble d'objectifs à long terme (vision/mission/rôle) et d'un plan en vue d'atteindre ces objectifs (plan à long terme et stratégique) qui sont généralement acceptés par les intervenants en milieu hospitalier qui jouent un rôle crucial. Ces documents offrent un cadre annuel de planification opérationnelle et de budgétisation. Si ces documents sont préparés avec la collaboration du Conseil d'administration, du personnel médical, de la direction et du personnel hospitalier et en consultation avec la communauté et d'autres organismes de soins de santé, ils peuvent devenir le fondement d'une

communication claire des priorités de l'Hôpital et de gestes favorables posés en collaboration pour atteindre les objectifs de l'Hôpital.

Conformément à la nécessité d'établir une distinction entre la gouvernance et la gestion, les objectifs organisationnels et les objectifs à long terme des programmes et des services devraient surtout être considérés comme une responsabilité de gouvernance; les stratégies et les plans opérationnels en vue d'atteindre ces objectifs et ces buts devraient pour leur part être vus essentiellement comme une responsabilité de gestion. Quoiqu'il s'agisse surtout d'une responsabilité de gouvernance, il est irréaliste de s'attendre à ce que les conseils d'administration puissent ou devraient élaborer des objectifs ou des plans à long terme de façon indépendante. Bien qu'il soit dirigé par le conseil d'administration, le personnel de direction de l'hôpital appuiera l'élaboration de ces énoncés et de ces plans.

Objectifs à long terme : la vision et la mission de l'Hôpital

Les énoncés se trouvant dans le document « Vision, mission et valeurs fondamentales » de l'Hôpital ont été établis par le Comité de direction de L'Hôpital d'Ottawa, qui a été constitué pour orienter la fusion des hôpitaux qu'il a remplacés. Ce document a été publié le 1er avril 1998 et signé par les présidents du conseil d'administration des organisations ayant précédé L'Hôpital d'Ottawa. Tel que recommandé par le Comité de direction, ces énoncés ont été revus deux ans après la création de l'Hôpital et réitérés à la réunion du Conseil d'administration du 27 mars 2000.

Comme de juste, depuis la fusion, les activités de planification du Conseil d'administration ont été axées sur l'intégration des programmes et services des trois hôpitaux remplacés. C'est ainsi qu'a été adopté le modèle de trois campus équilibrés, où s'organisent et sont dispensés les programmes et services hospitaliers. L'Hôpital d'Ottawa est né de ce cadre d'intégration des programmes et services.

Toutefois, l'Hôpital n'a pas encore énoncé clairement comment il entend s'y prendre pour répondre aux besoins en services de santé de la communauté, ni élaboré de plans à long terme ou stratégiques pour guider sa croissance et son développement futurs. Pour administrer le processus de fusion, il a suivi le rôle décrit dans son énoncé de mission et les suggestions de la CRSS en matière de composition des programmes. Maintenant que la réaffectation des programmes

et l'aménagement des installations nécessaires à la fusion sont presque terminés, il est temps pour l'Hôpital d'envisager son avenir à long terme.

Toutefois, le fait, pour le Comité de la planification et des installations, de s'acquitter de ses responsabilités au cours de la construction et de la rénovation d'installations hospitalières représentera beaucoup de travail. Le Comité ne sera vraisemblablement pas en mesure d'accorder suffisamment d'attention à ses responsabilités en matière de planification et d'installations. Le Conseil d'administration devrait envisager la possibilité de diviser le Comité en deux, un premier comité se concentrant sur la planification et l'autre sur les installations.

Recommandations :

(2) Le président du Conseil d'administration devrait diviser le Comité de la planification et des installations en un Comité de la planification et un Comité des installations.

(3) Le Comité de la planification devrait lancer un processus d'élaboration d'un énoncé de rôle et d'un plan à long terme pour l'Hôpital.

3.3.8 Assurer et surveiller la gestion efficace et la santé financière

La participation du Conseil d'administration à la direction de la planification opérationnelle, de la budgétisation et de la production de rapports de gestion de l'Hôpital au Conseil d'administration s'est butée au changement de titulaire du poste de DF. Depuis la création de L'Hôpital d'Ottawa en avril 1998, il y a eu trois DF. La stabilité qu'apporte le nouveau DF devrait permettre à l'Hôpital d'améliorer ses processus de gestion financière.

Pour qu'un conseil d'administration d'hôpital s'acquitte de ses responsabilités et assure la gestion efficace et la santé financière de l'établissement, il doit pouvoir compter sur de solides processus de planification des opérations, de budgétisation, et de production de rapports d'étape sur les plans et budgets.

3.3.8.1 Planification opérationnelle et budgétisation

Le conseil d'administration d'un hôpital devrait lancer le processus de planification opérationnelle en s'inspirant du

plan à long terme de l'hôpital pour fixer les objectifs annuels de l'organisation et définir les paramètres de la planification opérationnelle et de la budgétisation. Le conseil d'administration doit prendre l'initiative d'établir des buts et les objectifs initiaux en fonction de l'ampleur des excédents ou des pertes de fonctionnement de l'hôpital pour l'année à venir. Les objectifs budgétaires devraient tenir compte de la responsabilité du conseil d'administration d'assurer la santé financière actuelle et future de l'hôpital. Le conseil d'administration devrait ensuite effectuer un examen critique du plan de fonctionnement et du budget élaborés par la direction pour atteindre ses objectifs et tenir compte de ses paramètres budgétaires, puis les approuver. Si les ressources de l'hôpital ne suffisent pas pour mettre en œuvre les plans de l'hôpital, le conseil d'administration doit assumer la responsabilité d'amener la direction à retarder certaines initiatives, de proposer d'autres stratégies pour concrétiser la vision de l'hôpital ou, au besoin, de repenser la vision de l'organisation.

Comme nous en avons discuté précédemment, le Conseil d'administration de L'Hôpital d'Ottawa fixe des objectifs annuels à l'établissement. Le Conseil d'administration participe activement à l'examen et à l'approbation du plan de fonctionnement et du budget de l'Hôpital. Cependant, la stratégie déployée par le Conseil d'administration face aux pertes de fonctionnement de l'Hôpital (ayant prévu des pertes de fonctionnement au budget, il a ensuite accepté des coûts et pertes dépassant les sommes prévues) a mis en péril la santé financière de l'Hôpital.

Plan et budget de fonctionnement pour 1998-1999

Aucun plan de fonctionnement officiel n'a été préparé pour l'exercice 1998-1999, soit la première année de fonctionnement de l'entité fusionnée. Le Comité directeur de l'Hôpital dirigeait le processus de budgétisation. Le budget prévoyait une perte de 30,6 millions de dollars[25] sur les opérations de l'Hôpital (y compris l'Institut de cardiologie). Cette prévision a été revue, discutée et débattue par le Conseil d'administration au cours du mois de juin 1998. Le Conseil d'administration a approuvé le budget à sa réunion du 29 juin 1998. La position rapportée dans des documents révèle que le Conseil d'administration avait de sérieuses appréhensions au sujet de l'approbation d'un plan qui se traduirait par des pertes de fonctionnement considérables.

[25] The Ottawa Hospital 1999/00 Operating Plan, juin 1999. Page 48.

Le budget initial (excluant l'Institut de cardiologie) reposait sur des recettes de fonctionnement prévues de 397 millions de dollars et des dépenses de fonctionnement de 428 millions de dollars[26]. Au cours de cette année-là, le Conseil d'administration a surveillé le rendement réel de l'Hôpital.

En 1998-1999, même si les dépenses de l'Hôpital (à l'exclusion de l'Institut de cardiologie) excédaient ses prévisions de 7 millions de dollars, ses recettes de fonctionnement étaient de 10 millions de dollars supérieures à la somme prévue. Résultat, la perte de fonctionnement de l'Hôpital n'a pas été aussi élevée que celle qui avait été inscrite au budget. La perte de fonctionnement de l'Hôpital s'établissait à 28,3 millions de dollars. De plus, même si l'Hôpital a dépensé 8,5 millions de dollars en frais de restructuration non budgétés, il a reçu 14,7 millions de dollars en remboursement de coûts de restructuration des années précédentes, ce qui lui a laissé un excédent de 6,2 millions de dollars au titre de la restructuration. Les pertes de l'Hôpital au niveau des opérations et de la restructuration s'élevaient donc à 22,1 millions de dollars[27].

Plan et budget de fonctionnement de 1999-2000

Le Conseil d'administration a participé activement à la révision du plan et du budget de fonctionnement de 1999-2000 préparés par l'équipe de gestion. Le Conseil d'administration a approuvé un plan et un budget de fonctionnement (excluant l'Institut de cardiologie) qui se traduiraient par une perte de 13,87 millions de dollars au titre des opérations et de la restructuration[28]. Le budget de fonctionnement s'appuyait sur des recettes de fonctionnement prévues de 422 millions de dollars et des dépenses de fonctionnement de 429,9 millions de dollars. Le budget de restructuration reposait sur des recettes de 7,6 millions de dollars et des dépenses de restructuration de 9 millions de dollars. L'examen du plan et du budget de fonctionnement a amené le Conseil d'administration à adopter officiellement la position selon laquelle les problèmes de l'Hôpital au niveau de ses coûts de fonctionnement découlaient de recettes insuffisantes plutôt que

---

[26] The Ottawa Hospital 1999/00 Operating Plan, juin 1999. Page 48 (Si l'Institut de cardiologie était compris, les recettes prévues auraient été de 463 millions de dollars et les frais budgétés de 93,6 millions de dollars, ce qui laisserait une perte sur les opérations de 30,6 millions de dollars.)

[27] The Ottawa Hospital 2000/01 Operating Plan, juin 2000, page 55. (Si l'Institut de cardiologie était compris, la perte sur les opérations aurait été de 30,6 millions de dollars, et l'excédent sur la restructuration aurait été de 6,2 millions de dollars.)

[28] Compte rendu du Comité des finances daté du 15 juin 1999, 3.2

de problèmes de volume de patients ou de coûts de fonctionnement. La présentation du Conseil d'administration faisait explicitement référence à [Traduction] « une iniquité au titre du financement liée aux patients du Québec et au revenu reçu du ministère de la Santé qui est moindre que celui des hôpitaux pairs..... » Le Conseil d'administration a adopté une motion intitulée "Unfairness Allocation of Funding" selon laquelle : [Traduction] « L'Hôpital d'Ottawa augmente son niveau d'intervention pour régler l'injustice et l'iniquité du financement consenti par le ministère de la Santé à titre de pourcentage des recettes totales pour L'Hôpital d'Ottawa, tel que décrit dans le plan de fonctionnement de 1999-2000. »

Toutefois, le budget de l'Hôpital sous-estimait considérablement les pertes de l'année. L'Hôpital subissait une perte de 35 millions de dollars sur ses opérations en 1999-2000[29]. Les recettes de fonctionnement s'établissaient à 433,8 millions de dollars ou 11,8 millions de dollars de plus que les prévisions. Les dépenses de fonctionnement étaient de 464,8 millions de dollars, soit 34,9 millions de dollars de plus que le budget. Les recettes de restructuration étaient de 9,3 millions de dollars, soit 1,7 million de dollars de plus que ce que prévoit le budget, mais les dépenses de restructuration étaient de 13,1 millions de dollars, ou 4,1 millions de dollars de plus que ce que prévoit le budget[30].

Quoique le Conseil d'administration surveillait le rendement de l'Hôpital par rapport à son budget, les dépenses pouvaient excéder le plan sans que soient émises des directives sur des mesures correctrices. Et même s'il survenait des événements incontrôlables ayant occasionné une large part des écarts par rapport aux dépenses budgétées (p. ex. des dépenses non budgétées de 4 millions de dollars concernant le transfert de programmes de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut[31], des augmentations non budgétées au titre de règlements salariaux[32]

---

[29] The Ottawa Hospital, 2000/01 Quarterly Report for the 2nd Quarter, 1er novembre 2000.

[30] The Ottawa Hospital 2000/01 Operating Plan and The Ottawa Hospital, 2000/01 Quarterly Report for the 2nd Quarter, 1er novembre 2000.

[31] Il conviendrait de signaler que l'impact du transfert de l'activité de l'Hôpital Grace de l'AS a été sciemment écarté du budget parce que ces frais étaient essentiellement, pour ne pas dire complètement couverts par les recettes du ministère de la Santé transférées de l'Hôpital Grace de l'AS.

[32] L'Hôpital rapporte que le Conseil d'administration a reçu un conseil informel d'un haut fonctionnaire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée selon lequel il ne devrait pas inclure de charge à payer au titre des règlements salariaux dans son plan de fonctionnement. Nous nous demandons s'il serait sage, pour l'Hôpital, de suivre ce conseil.

de près de 13 millions de dollars[33]), certains écarts auraient pu être contrôlables. Par exemple, les heures de travail ont excédé celles qui étaient prévues de plus de 250 000 heures[34]. En outre, le Conseil d'administration n'a pas demandé à l'équipe de gestion d'étudier les possibilités d'améliorer encore davantage l'efficience clinique ou opérationnelle de l'Hôpital.

Il convient de signaler que la situation financière de moins en moins bonne de l'Hôpital rendait le Conseil d'administration de plus en plus mal à l'aise. Une lettre du président du Conseil d'administration adressée à la ministre de la Santé en janvier 2000 témoigne de l'inquiétude du Conseil d'administration.

Plan et budget de fonctionnement de 2000-2001

En réponse à une demande de l'équipe de gestion, le Conseil d'administration a établi des paramètres d'élaboration du plan et du budget de fonctionnement pour 2000-2001. Selon un rapport du DF qui [Traduction] « ...confirme que L'Hôpital d'Ottawa est sous-financé d'environ 10 millions de dollars comparativement à nos hôpitaux pairs. Les membres ont convenu que nous devons équilibrer nos livres et que d'un point de vue réaliste, nous ne pouvons pas compter sur plus de 10 millions de dollars supplémentaires de la part du ministère de la Santé (les 10 millions de dollars représentent approximativement la position de financement non équitable)[35]. » Le Conseil d'administration a déclaré [Traduction] « que le processus du plan de fonctionnement de 2000-2001 devrait se traduire par un budget équilibré, si l'on présume que le ministère de la Santé financera 10 millions de dollars supplémentaires[36]. »

En février, l'Hôpital a continué à étudier la question de l'équité du financement provenant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le Conseil d'administration a adopté une motion qu'il a intitulée « Financement de l'absence d'équité ». Le préambule et la motion étaient rédigés comme suit : [Traduction] « Le Conseil d'administration de l'Hôpital d'Ottawa est conscient de l'injustice majeure au niveau du financement de l'Hôpital par le ministère de la Santé

---

[33] The Ottawa Hospital Draft Operating Results for the Year Ending March 31, tel que présenté à la réunion du 25 avril du Comité des finances.

[34] The Ottawa Hospital, 2000/01 Quarterly Report for the 2nd Quarter, 1er novembre 2000. Signalons que les heures ont effectivement excédé le budget de plus de 300 000 heures, mais qu'environ 40 000 de ces heures étaient imputables au transfert de programmes de l'Hôpital Grace de l'AS.

[35] Compte rendu du Comité des finances, 15 novembre 1999.

[36] Réunion du Conseil d'administration, 22.11.99, 7.2.1

comparativement à tous les autres hôpitaux d'enseignement de la province d'Ontario. Cette iniquité a provoqué une situation financière insoutenable et injuste pour L'Hôpital d'Ottawa. Par conséquent,....le Conseil d'administration demande que la ministre de la Santé corrige cette injustice considérable en subventionnant sur-le-champ L'Hôpital d'Ottawa..... » Les inquiétudes au sujet de la situation financière de l'Hôpital qui va en se détériorant ont mené à une lettre adressée en mars 2000 par le président du Conseil d'administration à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Dans sa lettre, il indiquait que... [Traduction] « La plupart d'entre nous estimons que nous ne pouvons pas aller plus loin. Augmenter notre déficit sans un engagement explicite de la province de régler une situation de financement injuste serait irresponsable du point de vue financier[37]. » La lettre laisse entendre que l'hôpital a « appliqué d'importantes réductions de coûts. » Elle poursuit en proposant que « .....le problème n'en est pas un d'efficience opérationnelle ou qu'il devrait être réglé au moyen de compressions de service imposantes. Le problème réside dans le financement injuste consenti par la province. »..... « le Conseil d'administration est conscient de l'injustice majeure que représente le financement de L'Hôpital d'Ottawa par le ministère de la Santé comparativement à tous les hôpitaux d'enseignement de la province d'Ontario. Il en est résulté une situation financière insoutenable et injuste pour notre Hôpital..... »

À sa réunion du 8 mai 2000, le Conseil d'administration a approuvé un plan et un budget de fonctionnement pour 2000-2001 qui feraient en sorte que les revenus de fonctionnement de 436 583 000 $ et les dépenses de fonctionnement et de restructuration de 478 938 000 $ entraînent une perte de 42 355 000 $ au titre des opérations et de la restructuration. Après avoir étudié ce budget, le Conseil d'administration a ordonné que l'Hôpital réduise ses dépenses de fonctionnement de 1999-2000 de seulement 5 millions de dollars, soit une diminution de seulement un peu plus de 1 % des dépenses de fonctionnement totales de l'Hôpital. Le Conseil d'administration a présumé qu'un financement accru du ministère de la Santé éliminerait son déficit de fonctionnement budgété. Le Conseil d'administration a présumé que l'Hôpital recevrait des crédits de fonctionnement supplémentaires comme suit :

---

[37] Lettre de Nick Mulder, président du Conseil d'administration, de L'Hôpital d'Ottawa, à l'honorable Elizabeth Witmer, ministre de la Santé et des Soins de longue durée, en date du 2 mars 2000.

1. Remboursement de 100 % du coût de la restructuration et de la fusion en 2000-2001, pour un total de 7 millions de dollars.

2. Augmentation du financement de base pour recouvrer complètement l'accroissement des coûts de main-d'œuvre qui résultent de règlements négociés avec le gouvernement provincial, dont le coût est estimé à 20,2 millions de dollars.

3. Augmentation du financement de base qui se veut équitable pour L'Hôpital d'Ottawa par rapport aux autres hôpitaux d'enseignement en Ontario, en fonction des « cas pondérés » évalués, au minimum, à 15 millions de dollars.

Lors de la discussion sur le budget de fonctionnement proposé, le président du Comité des finances a souligné que le Conseil d'administration doit s'acquitter de sa responsabilité fiduciaire. Le Conseil d'administration a inclu dans sa motion par laquelle il approuvait le plan de fonctionnement de 2000-2001 que d'ici le 31 juillet 2000, L'Hôpital d'Ottawa ne reçoit pas de confirmation du Ministère voulant que des recettes supplémentaires soient versées. L'administration doit présenter un plan de mise en œuvre d'une réduction appropriée de services pour équilibrer le budget de fonctionnement de 2000-2001[38].

Le Conseil d'administration a participé activement à la surveillance des opérations et des finances de l'Hôpital. Toutefois, malgré des fonds supplémentaires de 11,5 millions de dollars provenant du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, la présentation faite par l'Hôpital au Ministère au deuxième trimestre, en novembre 2000, prévoyait une perte de fin d'exercice au titre des opérations et de la restructuration de 72 millions de dollars. Cette perte marque une augmentation des coûts de plus de 43 millions de dollars par rapport au budget original, soit :

- 29,6 millions de dollars au titre d'une sous-budgétisation de règlements salariaux provenant de la négociation provinciale et du coût non budgété de l'uniformisation interne des salaires résultant de la fusion et

[38] Bien que du financement supplémentaire n'ait été ni fourni ni confirmé, l'Hôpital n'a pas agi de manière à diminuer ses services; elle prévoyait que l'Examen opérationnel réglerait ses problèmes de financement.

- une augmentation de coûts de 14 millions de dollars des coûts de fonctionnement au-delà du budget original[39].

Au cours de chacun des exercices 1998-1999, 1999-2000 et 2000-2001, le Conseil d'administration a approuvé un budget de fonctionnement et de restructuration qui entraînerait un déficit considérable. Cependant, les budgets approuvés ont largement sous-estimé la taille des déficits. Au cours des trois années, le processus de planification opérationnelle et de budgétisation de l'Hôpital a énormément sous-estimé le coût réel des opérations et de la restructuration. De plus, en 1999-2000 et 2000-2001, il a sous-estimé l'ampleur des pertes découlant des opérations et de la restructuration qui en ont résulté.

Le Conseil d'administration devrait s'occuper plus activement de la santé financière de l'Hôpital en insistant pour que l'équipe de gestion explore tous les moyens de réduire les coûts en améliorant l'efficience clinique et opérationnelle de l'Hôpital et/ou en limitant le contenu des soins avant d'envisager de réduire le volume des services offerts ou de demander des fonds supplémentaires au ministère.

Recommandation :

(4) Le Conseil d'administration devrait s'occuper plus activement de la santé financière de l'Hôpital en insistant pour que l'équipe de gestion explore tous les moyens de réduire les coûts de l'Hôpital avant de demander des fonds supplémentaires au ministère.

3.3.8.2 Surveiller la santé financière

La présentation au Conseil d'administration de rapports sur les opérations et le rendement financier de L'Hôpital d'Ottawa s'est améliorée au cours des trois dernières années. Le Conseil d'administration reçoit maintenant[40] un rapport exhaustif qui présente :

---

[39] Il convient de signaler qu'environ 1,4 million de dollars de ces coûts ont partiellement trait au volume d'implants de lentilles intraoculaires et au coût des lentilles. L'Hôpital, de concert avec le ministère, a choisi de retarder toute réduction du volume des implants jusqu'à ce que l'examen opérationnel soit terminé.

[40] S'appuie sur le document intitulé Financial Report to Finance Committee for Seven Months Ending October 31, 2000, mis en annexe au Compte rendu de réunion du Comité des finances, 21.11.00.

1. Une prévision des résultats de fin d'exercice et un sommaire des changements dans les recettes et les dépenses qui occasionneront des modifications aux résultats budgétés. (Nous proposons que la prévision de fin d'exercice soit déplacée au premier point du document d'information. La prévision de fin d'exercice contribue à déterminer la nécessité et l'urgence de mesures correctrices pour régler les écarts par rapport aux plans et aux budgets.)

2. Les résultats financiers actuels de l'Hôpital comparés au budget dans le cadre d'une analyse des raisons des écarts au niveau :

   - des recettes
   - des dépenses
     - de la rémunération
     - des fournitures médicales/chirurgicales
     - des drogues
     - des fournitures et autres dépenses
     - de la restructuration.

   (Nous suggérons que la présentation soit élargie et améliorée de manière à favoriser une discussion des possibilités de mesures correctrices afin d'atteindre les objectifs du plan de fonctionnement et du budget et d'expliquer les mesures prises pour corriger les écarts négatifs. Nous proposons en outre que le Conseil d'administration demande à l'équipe de direction de proposer et d'entreprendre des mesures correctrices à mi-année pour atteindre les niveaux de rendement budgétés.)

3. Les rapports actuels présentent également une analyse des écarts au niveau des dépenses et des heures accumulées par programme et par grand portefeuille de soutien et de service d'entreprise.

4. Les rapports présentent aussi certaines statistiques sur le volume pour l'ensemble de l'Hôpital (mises en congé, jours-patient, etc.) et des unités et services de fonctionnement (cas de SO, visites d'urgence, examens par IRM, etc.).

5. Et plus récemment, les rapports ont inclu un ensemble d'indicateurs financiers qui présentent les tendances en

soins infirmiers et les heures totales rémunérées par jour-patient; les heures totales rémunérées par cas d'adultes pondérés; la durée moyenne de séjour des adultes et des nouveau-nés; le taux d'occupation; les dépenses administratives comme pourcentage des dépenses de fonctionnement totales. Selon nous, ces renseignements seraient plus utiles au Conseil d'administration si le rendement de l'Hôpital était comparé aux niveaux d'analyse comparative du rendement des autres hôpitaux d'enseignement de l'Ontario. De plus, le rendement illustré par ces indicateurs devrait être mis en contraste avec les niveaux de rendement budgétés. Les rapports devraient expliquer les écarts et les mesures correctrices prévues de ces mesures de productivité et des mesures de nature financière.

6. Le rapport sur le rendement financier comporte également un bilan et un état de l'évolution de la situation financière.

Nous croyons que les rapports financiers et les rapports sur le rendement présentés au Conseil d'administration devraient l'aider à comprendre :

- les causes des écarts par rapport au plan;
- l'impact des écarts sur le taux courant des coûts pour l'Hôpital;
- l'impact possible sur les résultats de fin d'exercice

et à déterminer quels écarts pourraient être corrigés au moyen d'initiatives de l'équipe de gestion. Les écarts par rapport aux niveaux de dépenses budgétés devraient être établis et mesurés comme des écarts occasionnés par :

- des écarts par rapport aux volumes/à la charge de travail prévus
- des écarts par rapport aux coûts unitaires prévus (de main-d'œuvre ou de matériaux)
- des écarts par rapport aux niveaux de productivité prévus.

Mettre ces analyses à la disposition du Conseil d'administration permettrait aux membres de celui-ci de mieux exercer leur responsabilité de surveillance et de maintien de la santé financière de l'Hôpital.

Recommandation :

(5) Le DF devrait élargir et améliorer les rapports

financiers et statistiques au Conseil d'administration pour y inclure des analyses plus complètes des écarts par rapport au plan qui traitent non seulement de la cause de l'écart, mais également des mesures correctrices possibles.

(6) Le DF devrait élargir et améliorer les rapports statistiques sur le rendement présentés au Conseil d'administration pour établir des comparaisons avec des hôpitaux semblables en Ontario.

3.3.8.3 Surveillance de l'efficacité de l'équipe de gestion

Le conseil d'administration d'un hôpital assume la responsabilité générale de la façon dont l'hôpital s'acquitte efficacement de sa mission. C'est toutefois à l'équipe de gestion de fournir assez de renseignements au conseil pour qu'il s'acquitte de cette responsabilité. Le Conseil d'administration et l'équipe de gestion de L'Hôpital d'Ottawa ont mis en place des structures et des mécanismes formels de présentation de rapports pour permettre au Conseil d'administration de surveiller l'efficacité de l'équipe de gestion.

Le Conseil d'administration dans son ensemble reçoit tous les quatre mois un rapport sur la réussite de l'Hôpital et de l'équipe de gestion dans l'atteinte des objectifs annuels. Ces rapports ont été structurés en objectifs/en tâches liés à 10 domaines d'activité[41] :

1. Vision/Gouvernance
2. Planification des services cliniques
3. Ressources humaines
4. Ressources en information
5. Services professionnels
6. Finances
7. Fondation
8. Qualité
9. Communications

---

[41] 1999/2000 Corporate Objectives, 4 Month Progress Report, January 1st to April 30th, 2000. 6 juin 2000.

10. Recherche et enseignement

Comme il en sera question plus loin, le cadre d'établissement et de surveillance des objectifs a récemment été peaufiné et amélioré.

De plus, comme nous en avons discuté :

- le Comité des finances du Conseil d'administration participe activement à la surveillance de la gestion financière et opérationnelle de l'organisation et du rendement opérationnel et financier qui en découle;
- le Comité de la qualité du Conseil d'administration prend une part active à la surveillance de la gestion de la qualité de l'organisation et à la qualité des soins et des services qui en résulte.

Voici les seules suggestions significatives que nous pouvons vous faire pour améliorer ces processus déjà vigoureux :

- L'Hôpital devrait ajouter des comparaisons-repères aux mesures du rendement hospitalier.
- L'Hôpital devrait ajouter des mesures de réponse aux besoins de la collectivité en matière de soins hospitaliers, comme l'utilisation des services hospitaliers par les collectivités desservies par l'Hôpital et la part de marché de ces services fournis par l'Hôpital. Encore une fois, ces mesures devraient faire l'objet de comparaisons du rendement d'autres collectivités semblables en Ontario. Il serait ainsi plus facile pour le Conseil d'administration de surveiller dans quelle mesure l'équipe de gestion parvient efficacement à organiser et à offrir des services en réponse aux besoins de la population.

3.3.9 Assurer et surveiller la qualité des services

L'une des responsabilité fondamentales de la gouvernance consiste à assurer et à surveiller la qualité des services et l'amélioration continue de la qualité dans toutes les facettes des opérations hospitalières. L'Hôpital d'Ottawa dispose d'un processus bien élaboré qui permet au Conseil d'administration de surveiller la qualité des services hospitaliers :

- recevoir et étudier un rapport mensuel portant sur un ensemble défini d'indicateurs de qualité présentés au Comité par le vice-président des affaires médicales de l'Hôpital;
- recevoir un rapport trimestriel sur les compliments et les

préoccupations des patients;

- recevoir des rapports réguliers des vice-présidents des programmes sur les problèmes de qualité liés à leurs portefeuilles;
- recevoir des rapports périodiques sur certains autres indicateurs de qualité des services hospitaliers (p. ex. Rapport sur les indicateurs des RH, Temps d'attente en CT et en IRM, etc.);
- recevoir d'organismes de l'extérieur des rapports périodiques sur la qualité à L'Hôpital d'Ottawa, comme le bulletin de l'OHA et les rapports de Maclean's sur les services de santé;

Le Comité de la qualité a également pris part à l'étude des répercussions sur la qualité des plans et des budgets opérationnels et a conseillé le Conseil d'administration sur l'opportunité des initiatives proposées par l'équipe de gestion.

Le Comité de la qualité ne reçoit pas seulement des mesures de la qualité. Il est également informé des enquêtes effectuées et des mesures correctrices prises par l'équipe de gestion pour régler des problèmes de qualité révélés par les outils de mesure actuels. Le Comité surveille également la réussite des initiatives de l'équipe de gestion en vue d'améliorer la qualité.

En outre, le Conseil d'administration a pris une part active à l'examen de l'Hôpital par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. Il a revu les conclusions de l'examen et surveille les mesures correctrices entreprises par l'Hôpital en réponse au rapport d'agrément.

Comme dans le cas de tous les processus, le Conseil d'administration a des possibilités de mieux comprendre la qualité des soins et des services fournis par L'Hôpital.

- Le Comité lui-même a demandé qu'on n'assure pas le suivi du rendement de l'Hôpital fondé sur les indicateurs de qualité sur une certaine période, mais qu'on établisse plutôt des comparaisons avec le rendement d'hôpitaux comparables de tout le Canada[42]. Ainsi, les renseignements fournis au Conseil d'administration seront beaucoup plus utiles pour comprendre la nécessité et/ou les occasions d'améliorer la qualité des soins et des services offerts par l'Hôpital.

---

[42] Compte rendu de la réunion du Comité de la qualité, 6 octobre 2000, 7.0

- L'Hôpital prévoit élaborer un rapport des indicateurs de la gestion des risques quand un système de rapport des incidents sera mis en œuvre[43]. Un résumé de ce rapport devrait être fourni régulièrement au Comité de la qualité.
- On prévoit élaborer un ensemble d'indicateurs permettant de surveiller la qualité des soins infirmiers en fonction du Modèle de pratique professionnelle des soins infirmiers élaboré pour L'Hôpital[44]. Un résumé des constatations tirées de cet outils de mesure devrait être rapporté régulièrement au Comité de la qualité.
- L'Hôpital pourrait également envisager d'élaborer ou d'obtenir des outils de mesure de la qualité pour d'autres secteurs clés du rendement hospitalier, comme la diététique, les travaux ménagers, l'imagerie, les laboratoires et les résumés de ces mesures fournis au Comité de la qualité.

En outre, la *Loi sur les hôpitaux publics* prévoit que : [Traduction] « Le comité médical consultatif fait rapport par écrit au Conseil d'administration à chaque réunion du Conseil d'administration prévue de façon régulière, qui porte sur la pratique de la médecine à l'Hôpital[45]" et … « le chef de chaque service peut être chargé, par le règlement intérieur de l'hôpital, de conseiller le comité médical consultatif sur la qualité des diagnostics médicaux prononcés à l'égard des malades hospitalisés et des malades externes de son service et sur la qualité des soins et traitements qui leur sont fournis.[46] » À la fois pour s'acquitter de ces obligations en vertu de la Loi et pour mieux comprendre la qualité des soins dispensés à l'Hôpital, le CMC devrait faire rapport de manière plus formelle au Comité de la qualité sur la qualité des soins médicaux prodigués à l'Hôpital.

L'Hôpital compte un Groupe de travail sur la surveillance de la qualité qui constitue un élément du Comité de gestion des ressources et de la qualité clinique (GRQC). Ce Comité assure la surveillance des indicateurs de la qualité des soins médicaux/hospitaliers, y compris la DPS, le taux de mortalité, le taux de complication et les nouvelles admissions imprévues pour chaque Division de chaque service médical de l'Hôpital.

---

[43] Compte rendu de la réunion du Comité de la qualité, 8 octobre 1999, 4.2

[44] Compter rendu de la réunion du Comité de la qualité, 6 octobre 2000, 3.0

[45] Ontario Regulations 518/88 under the Public Hospitals Act, par. 6 (5)

[46] *Loi sur les hôpitaux publics*, par. 31 (2).

Le Comité GRQC fait rapport au CMC et au Comité du rendement de ces mesures pour chaque division médicale.

- Le CMC devrait fournir au Comité de la qualité du Conseil d'administration un résumé de ces rapports pour chaque service médical.
- Ces mesures sont jaugées et contrôlées à tous les mois. Au fur et à mesure que l'Hôpital acquerra de l'expérience dans l'utilisation de ces indicateurs, ceux-ci pourraient être utilisés sur une base trimestrielle.
- De plus, ces mesures de la qualité seraient plus significatives pour le Conseil d'administration si elles étaient mises en contraste avec le rendement d'autres hôpitaux semblables à travers le Canada.

Le CMC devrait également élaborer un protocole de présentation des conclusions de son Programme de surveillance des infections au Comité de la qualité du Conseil d'administration.

Le Comité GRQC et par conséquent le Groupe de travail sur la surveillance de la qualité ne sont pas des sous-comités du CMC[47]. Le Comité GRQC est un comité administratif de l'Hôpital qui relève du Comité de la haute direction/P.-D.G. par l'entremise du Comité sur le rendement[48]. Le CMC ne semble pas avoir constitué de mécanisme indépendant de mesure et de surveillance de la qualité des soins médicaux. Il dépend d'un comité de gestion de l'Hôpital pour assurer un suivi officiel de la qualité des soins. Par conséquent, le CMC pourrait avoir de la difficulté à donner des conseils de façon autonome au Conseil d'administration sur la qualité des soins à l'Hôpital. Il pourrait avoir de la difficulté à conseiller de manière indépendante le Conseil d'administration sur l'impact réel des mesures administratives sur la qualité des soins à l'Hôpital. Le CMC devrait à la fois donner et sembler donner au Conseil d'administration des conseils indépendants sur la

---

[47] Le règlement administratif de l'Hôpital d'Ottawa sur les services médicaux et dentaires et sur la profession de sage-femme, préparé par McCarthy Tetrault en date du 1er juin 2000 prévoit que le CMC « doit formuler des recommandations au conseil d'administration concernant....l'établissement de comités du personnel médical, qui font rapport au CMC.....notamment au sujet ....: (vii) de la gestion des ressources cliniques, (viii) du contrôle de la qualité..... » Toutefois, il ne semble pas y avoir de comités du personnel médical traitant du contrôle de la qualité autres que le Comité de GRQC.

[48] La structure corporative de L'Hôpital d'Ottawa, révisée en août 2000, pages 33 et 52 et Mandat du Comité de gestion des ressources et de la qualité clinique, non daté.

qualité des soins médicaux. La structure actuelle présente une apparence de conflit. Cette situation devrait être corrigée. L'Hôpital devrait envisager de faire en sorte que les activités de surveillance de la qualité du Comité GRQC soient redevables au Conseil d'administration de l'Hôpital par l'entremise du CMC plutôt que par le truchement du P.-D.G.

Recommandation :

(7) Le président du CMC devrait collaborer avec le président de l'Hôpital pour instituer un mécanisme de mesure et de surveillance de la qualité des soins médicaux dispensés à l'Hôpital qui rende des comptes au CMC et, par son intermédiaire, au Conseil d'administration de l'Hôpital.

3.3.10 Objectifs annuels et examen du rendement du P.-D.G.

Le Conseil d'administration établit des objectifs annuels pour l'Hôpital. Il surveille le rendement de l'Hôpital par rapport à ces objectifs. Le Conseil d'administration reçoit à tous les quatre mois des rapports exhaustifs sur les progrès réalisés en vue d'atteindre chaque objectif. Le Conseil d'administration évalue le P.-D.G. à chaque année relativement à l'atteinte de ces objectifs par l'Hôpital[49].

Le Conseil d'administration, pour constituer une composante efficace des processus de gouvernance de l'Hôpital, doit veiller à ce que les objectifs annuels soient et semblent être les objectifs du Conseil d'administration comme représentant de l'Hôpital.

Les objectifs organisationnels de 1998-1999 ont été élaborés par le P.-D.G., de concert avec les cadres supérieurs lors de leur retraite estivale de 1998 et avec la collaboration des membres du Conseil d'administration[50]. Ces objectifs ont été officiellement approuvés par le Conseil d'administration à sa réunion du 26 octobre 1998[51]. La période couverte par ces objectifs et le point de départ de leur réalisation ont été fixés à septembre 1998.

---

[49] [Traduction] « Les objectifs du P.-D.G. correspondront aux objectifs établis pour l'Hôpital », compte-rendu de la réunion du Comité exécutif, 16 juillet 1998.

[50] CEOs Report to meeting of Board of Trustees, 22 septembre 1998

[51] BD/26/10/98-14-125

Les objectifs organisationnels de 1999-2000 semblent avoir été élaborés par le P.-D.G. en consultation avec la haute direction, puis présentés par le P.-D.G. à la réunion du Conseil d'administration le 25 octobre 1999[52]. Bien que ces objectifs aient été révisés par le Conseil d'administration, celui-ci ne les a pas adoptés officiellement. Et encore une fois, on a déterminé qu'ils visaient la période de septembre 1999 à août 2000.

Le P.-D.G. a présenté son projet d'objectifs organisationnels de l'équipe de gestion pour 2000-2001 à la réunion du Conseil d'administration du 25 septembre 2000. Ils ont été intitulés « Objectifs stratégiques, initiatives et objectifs corporatifs, de septembre 2000 à septembre 2001[53]. » Les objectifs ont été modifiés par rapport aux années antérieures de manière à formuler des buts et des initiatives et objectifs stratégiques. Ils ont été présentés comme [Traduction] « ...les objectifs stratégiques, les initiatives et les objectifs corporatifs ci-joints de 2000-2001 tels que préparés par le président et le P.-D.G. et par l'équipe des cadres supérieurs...[54]. »

Le cadre élargi et amélioré d'établissement des objectifs présentés en 2000 « harmonise les objectifs corporatifs annuels à nos initiatives et objectifs stratégiques (ceux de l'Hôpital)[55]. » Ce cadre de formulation des objectifs et des initiatives connexes de l'Hôpital a été largement amélioré. Le seul problème que présente la structure réside dans la sémantique des étiquettes rattachées aux niveaux qui se trouvent à l'intérieur du cadre. Il vaudrait mieux désigner les points appelés objectifs sous le nom de tâches conçues pour mettre en œuvre les initiatives stratégiques qui permettront d'atteindre les buts de l'Hôpital. Nous nous interrogeons sur le caractère approprié de cette désignation d'« objectifs ». Le Conseil d'administration désire que l'Hôpital atteigne ses buts, et non qu'il se contente d'exécuter les tâches. Si les tâches sont accomplies sans que les objectifs soient atteints, l'équipe de gestion n'a pas atteint les objectifs du Conseil d'administration pour le compte de l'Hôpital.

---

52 CEO's Report to meeting of Board of Trustees, 25 octobre 1999

53 Pièce 7 de l'ordre du jour de la réunion du conseil d'administration tenue le 25 septembre 2000.

54 Pièce 7 de l'ordre du jour de la réunion du Conseil d'administration tenue le 25 septembre 2000.

55 The Ottawa Hospital Corporate Objective Process, Pièce 7 de l'ordre du jour de la réunion du Conseil d'administration tenue le 25 septembre 2000.

En outre, dans le cadre de l'étude des objectifs corporatifs, il vaudrait peut-être mieux que le Conseil d'administration se concentre sur l'établissement d'objectifs et la mise en place d'initiatives stratégiques et que l'équipe de gestion centre ses activités sur la définition des objectifs ou des activités qui serviront à mettre en œuvre les initiatives stratégiques et à réaliser les objectifs de l'Hôpital.

3.4 Structures et processus de gestion

Il est généralement reconnu dans le secteur hospitalier que l'équipe de gestion doit[56] « assurer le fonctionnement efficace de l'établissement en vertu des politiques du Conseil d'administration ». On s'attend à ce que l'équipe de gestion d'un hôpital s'acquitte de ses responsabilités :

- en assurant un leadership auprès de la communauté hospitalière
- en élaborant et en mettant en œuvre des stratégies pour réaliser les objectifs de l'Hôpital
- en créant des structures et des processus organisationnels
- en dirigeant et en supervisant la prestation de services hospitaliers
- en améliorant l'efficacité des services hospitaliers
- en améliorant l'efficacité et la qualité des services et des soins hospitaliers
- en recrutant et en perfectionnant du personnel
- en faisant rapport au Conseil d'administration de l'efficacité de l'Hôpital.

La santé et l'efficacité organisationnelles d'un hôpital sont fonction de l'exécution réussie de ces responsabilités. Dans la présente partie, nous évaluons les structures et les processus de gestion de L'Hôpital d'Ottawa par rapport aux attentes de l'équipe de gestion d'un hôpital.

3.4.1 Organisation de la haute direction

La haute direction de L'Hôpital d'Ottawa est confrontée au défi de la nécessité d'exploiter des services hospitaliers dans

---

[56] Tiré de « À l'aube du XXI[e] siècle, Les hôpitaux publics de l'Ontario – Rapport du Comité de direction sur l'examen de la *Loi sur les hôpitaux publics* », ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto (Ontario), février 1992.

trois campus tout en intégrant les programmes et les services dans l'ensemble des campus. L'Hôpital a opté pour une approche par matrice de la gestion des programmes, des campus et des services corporatifs. Il s'agit d'une approche raisonnable, qui pourrait se révéler efficace pour relever un défi considérable en matière de gestion. La décision d'avoir recours à la gestion des programmes pour les principaux programmes offre un outil avec lequel on cherche à inciter les médecins à participer à la tribune de la haute direction et à la gestion de l'utilisation des ressources dans les programmes de l'Hôpital. Toutefois, cette approche de l'organisation de la gestion de l'Hôpital a donné naissance à une très grande équipe de gestion d'importance. La haute direction de l'Hôpital comprend actuellement :

- le P.-D.G.
- 9 vice-présidents (ce nombre passera à 11 avec le v.-p. des alliances et le v.-p. des services de réadaptation)
- des directeurs médicaux
- 1 médecin-chef

Malgré la taille de l'équipe de la haute direction, les ordres du jour des réunions de la haute direction demeurent raisonnables, les discussions sont ciblées et tous et toutes signalent que leurs avis sont entendus et respectés. Bien que les membres de la haute direction mentionnent que toute prise de décisions est claire, il est rare que l'on vote. Et même si le P.-D.G. prend conseil auprès de la haute direction, il est clair que le pouvoir décisionnel final appartient au P.-D.G.

Quoique certains aient laissé entendre que l'équipe de la haute direction compte trop de membres, nous croyons qu'on pourrait difficilement en diminuer la taille. Les seules possibilités de le faire pourraient être :

- D'intégrer l'orientation des fonctions des Services corporatifs (Finances, RH, Communications) en un seul poste. (Toutefois, chacune de ces fonctions continuera de nécessiter des dirigeants d'expérience. Il continuera donc d'y avoir un chef de file en RH et en Communications. Il n'y aurait pas de diminution de l'effectif global ou du coût de l'équipe de gestion.)

- D'intégrer les fonctions de vice-président à l'enseignement et à la recherche[57] et de vice-président aux affaires médicales[58] en un seul poste.
- De déterminer s'il convient que le médecin-chef fasse partie de la haute direction quand il ou elle préside le CMC (la participation à la haute direction le place-t-il ou la place-t-elle en conflit avec le rôle de conseiller du Conseil d'administration ou avec les conséquences des décisions prises par l'équipe de gestion pour la qualité des soins de santé?).
- De déterminer la nécessité que le médecin-chef siège à la haute direction quand un vice-président des affaires médicales et des directeurs médicaux font partie de l'équipe de la haute direction. (La participation du médecin-chef fait-elle double emploi?)

Toutefois, la mise en œuvre des changements à la structure de la haute direction devrait avoir lieu seulement après le regroupement découlant de la fusion.

3.4.2 Planification stratégique

Comme nous en avons discuté précédemment, la planification représente un élément crucial de la gouvernance et de la gestion d'un hôpital. Conformément à la nécessité d'établir une distinction entre la gouvernance et la gestion, les objectifs organisationnels et les objectifs à long terme des programmes et des services devraient surtout être considérés comme une responsabilité de la gouvernance, tandis que les stratégies et les plans opérationnels permettant d'atteindre ces objectifs et ces buts sont surtout l'affaire de la gestion.

L'équipe de gestion prendra part et accordera son soutien aux initiatives du Conseil d'administration pour :

- établir les objectifs de l'Hôpital (vision, mission et valeurs fondamentales);
- choisir les besoins en matière de santé de la communauté composite que l'Hôpital pourrait le mieux servir (énoncé de rôle);
- déterminer quels programmes et services doivent être offerts par l'Hôpital en réponse aux besoins de la

[57] The Ottawa Hospital Corporate Structure, août 2000

[58] Ibid.

population en matière de soins de santé et afin de réaliser les objectifs de l'Hôpital (plan à long terme).

Toutefois, il incombe à l'équipe de gestion d'élaborer un plan stratégique qui détermine quelles initiatives seront utilisées pour mettre en œuvre les améliorations, l'élargissement et/ou la rationalisation des programmes et des services proposés par le plan à long terme, ce qui permettrait de réaliser la vision et la mission de l'Hôpital. L'équipe de gestion est également chargée d'exprimer les objectifs, les plans et les stratégies sous forme d'un plan opérationnel qui précisera les activités à entreprendre au cours de chaque exercice.

Comme nous en avons discuté, la planification de l'Hôpital a nécessairement porté surtout sur la création de L'Hôpital d'Ottawa par la fusion des organisations qu'il a remplacés et par l'intégration des programmes et des services des autres hôpitaux d'Ottawa. Ainsi, les initiatives stratégiques et les plans de l'équipe de gestion étaient également centrés sur la fusion. L'équipe de gestion a élaboré une stratégie, des objectifs stratégiques et un ensemble d'initiatives stratégiques. Elle a également harmonisé les objectifs corporatifs annuels à ses objectifs et à son initiative stratégiques. Ils se trouvent dans un document préparé par l'équipe de gestion et intitulé « Fulfilling the Vision »[59]. Ils ont commencé à élargir l'orientation des activités au-delà de l'orientation initiale et nécessaire qui porte sur le fonctionnement de la fusion. Le document énonce la stratégie suivante pour l'Hôpital :

[Traduction]

« Pour réaliser notre vision, notre mission et nos valeurs fondamentales, l'équipe de la haute direction de L'Hôpital d'Ottawa a établi l'orientation stratégique suivante :

- Déterminer un rendement comparatif dans les domaines des soins de santé de qualité, de l'accessibilité et des coûts, tout en assurant un équilibre entre ces composantes.
- Faire office de chef de file dans les domaines des soins dispensés aux patients, de la recherche et de l'enseignement. »

[59] Ébauche 4, révisée le 4 août 2000

3.4.3 Planification et budgétisation des opérations

La planification et la budgétisation des opérations constituent les processus de gestion annuels permettant à un hôpital de mettre en œuvre ses plans à long terme et de réaliser sa mission. Habituellement, ces processus consistent à :

- fixer des objectifs annuels pour l'organisation
- établir des plans d'élaboration, d'amélioration, de maintien, de restriction ou d'élimination de programmes et/ou de services
- cerner les attentes quant au rendement qui ont trait au volume, à la productivité, au coût et à la qualité des services fournis par chaque programme et par chaque service thérapeutique, diagnostique, administratif et de soutien
- déterminer les niveaux de dépenses visés pour chaque élément du programme
- établir des estimations des recettes.

Un hôpital a besoin d'un plan et d'un budget de fonctionnement pour décrire et chiffrer ses objectifs annuels et les programmes, services et initiatives financières qu'il compte mettre en place. Le plan et le budget devant être soumis pour examen et approbation au Conseil d'administration, ils sont donc le meilleur outil pour responsabiliser l'équipe de gestion et le personnel face au Conseil d'administration, à la société hospitalière et aux communautés desservies par l'Hôpital.

Avant le cycle de planification et de budgétisation de 2000-2001, L'Hôpital d'Ottawa avait élaboré un processus de budgétisation qui, pour l'essentiel, répond à ces critères de planification et de budgétisation efficaces[60].

Le processus et le contenu de la planification et de la budgétisation des opérations des hôpitaux en Ontario ont été codifiés sous forme de règlements formulés par le ministère de la Santé. L'Hôpital d'Ottawa suit les processus réglementés et a élaboré un plan et un budget de fonctionnement pour les exercices 1999-2000 et 2000-2001[61].

---

[60] The Ottawa Hospital Operating Plan Process Document, Phase One, Fiscal Year 2000-2001.

[61] Un budget pour l'Hôpital pour 1998-1999 a été préparé par le Comité directeur ayant constitué l'Hôpital. Il n'a pas préparé de plan de fonctionnement.

Les seules lacunes importantes des processus utilisés par l'Hôpital aux fins de la planification et de la budgétisation des opérations ont trait :

- aux objectifs annuels
- aux statistiques utilisées comme objectifs de rendement
- aux processus de communication et d'examen des objectifs de rendement et des budgets.

Les objectifs annuels devraient lancer le processus annuel de planification et de budgétisation des opérations et fournir le cadre d'établissement des paramètres de planification et des objectifs de rendement. Les objectifs devraient porter sur la même période que le plan et le budget des opérations. L'Hôpital d'Ottawa fixe des objectifs annuels pour l'organisation. Les processus utilisés pour élaborer ces objectifs et leur contenu se sont améliorés à chaque année. Pour produire un effet maximal, les objectifs, le plan de fonctionnement, le budget et l'évaluation du P.-D.G. devraient couvrir la même période et s'appuyer sur les mêmes ensembles d'objectifs et de mesures du rendement. Les objectifs annuels de L'Hôpital d'Ottawa portaient sur la période de septembre à septembre tandis que le plan et le budget de fonctionnement s'étendaient d'avril à mars[62]. De plus, le P.-D.G. est évalué sur son rendement d'avril à mars. L'Hôpital profiterait d'une uniformisation des périodes applicables à ces processus.

Recommandation :

(8) Le président du Conseil d'administration devrait modifier le processus d'établissement des objectifs annuels de l'Hôpital pour que soient uniformisées la période applicable à ces objectifs et la période couverte par le plan et le budget de fonctionnement et par l'évaluation de rendement du P.-D.G.

Nous estimons qu'un processus efficace de planification et de budgétisation des opérations devrait reposer sur :

- des estimations du volume des patients
- des objectifs d'efficience clinique
- le pourcentage de soins ambulatoires

---

[62] Pièce 7 de l'ordre du jour de la réunion du Conseil d'administration, tenue le 25 septembre 2000.

- la DMS
- les objectifs liés au contenu des soins
- la charge de travail des services par mise en congé/procédure ambulatoire
- les objectifs d'efficience opérationnelle
- la productivité des services
- les estimations de coût unitaire de la main-d'œuvre
- les objectifs de productivité du matériel et des fournitures.

L'Hôpital d'Ottawa s'est doté d'un processus raisonnablement efficace pouvant servir à respecter les paramètres de planification et de budgétisation définis par le Conseil d'administration. Toutefois, il s'agit d'une approche fondée sur l'approvisionnement qui est quelque peu détachée du volume de patients ou des objectifs de productivité des services. Exception faite d'une indication selon laquelle les objectifs budgétaires des services [Traduction] « seront établis en fonction des niveaux d'activités de 1998-1999[63] », les documents sur le processus budgétaire des services laissent croire que ces objectifs sont indépendants des volumes de patients, de la charge de travail et de la productivité[64]. D'après le document intitulé « Operating Plan Process Document »[65] préparé par la Division des budgets et de la présentation de rapports, la budgétisation cherche à adapter les heures de travail aux fonds disponibles[66] :

- [Traduction] « La haute direction a fixé un objectif en termes d'« heures » pour l'exercice 2000-2001. » Cet objectif s'appuyait sur l'argent disponible au titre de la rémunération après avoir tenu compte [Traduction] « des

---

[63] Compte rendu de la réunion du Comité de la haute direction, 17 novembre 1999.

[64] Lors de sa journée de réflexion du 24 novembre 1999, la haute direction s'est penchée sur certaines mesures appliquées à la grandeur de l'Hôpital, à savoir les jours-patient et les heures de soins infirmiers rémunérées par jour-patient et le total des heures rémunérées par jour-patient. Rien n'indique que des mesures semblables ont été instituées pour des unités et des services de soins infirmiers en particulier.

[65] The Ottawa Hospital Operating Plan Process Document, Phase One, Fiscal Year 2000-2001.

[66] Ce document constitue le seul processus budgétaire dont il est fait mention dans le compte rendu de la haute direction : [Traduction] « .....Ce document, qui met en relief les discussions de l'Équipe de la haute direction tenues la semaine dernière, sera révisé cet après-midi avec tous les directeurs. » Compte rendu de la réunion du Comité de la haute direction tenue le 1er décembre 1999.

recettes prévues et des autres catégories de frais; un chiffre total en dollars a été calculé en ce qui a trait aux coûts de rémunération que L'Hôpital d'Ottawa pourrait se permettre pour respecter un mandat budgétaire équilibré. À l'aide d'un taux horaire moyen pour l'Hôpital, on s'est fixé comme objectif un certain nombre d'heures au total. Ces objectifs ont ensuite été répartis par programme, puis approuvés seulement à ce niveau. Une fois qu'auront été envoyées et résumées les tendances en dotation, la haute direction étudiera les répercussions des heures prévues par les programmes. Lorsque les heures soumises sont approuvées, des objectifs seront fixés au titre des frais autres que la rémunération, puis la deuxième partie du processus du plan de fonctionnement s'enclenchera… »

Le processus du plan de fonctionnement utilisé par l'Hôpital ne comporte pas officiellement d'examen du volume prévu ou des objectifs de productivité pour établir les heures nécessaires ou budgétées pour l'ensemble de l'Hôpital, pour les programmes des hôpitaux ou pour les services de soins aux patients ou les services thérapeutiques, diagnostiques ou de soutien. Le processus du plan de fonctionnement utilisé par l'Hôpital ne tient pas officiellement compte non plus de la productivité qui découlera des heures qui sont budgétées.

Le processus débute par des objectifs d'approvisionnement en heures de personnel plutôt que par des estimations du volume des patients et des attentes quant au contenu des soins et à la productivité. Notre expérience nous permet de croire que de tels débuts amèneront les principaux services à se concentrer sur ce qu'ils seront en mesure de réaliser avec les heures accessibles plutôt que sur la façon dont ils peuvent devenir plus productifs et offrir des services au même volume de patients en moins d'heures. Les services ont tendance à présumer qu'on s'attendra à ce qu'ils offrent les soins des années antérieures et à ce qu'ils puissent fonctionner aux niveaux de productivité des années antérieures. Ils appliqueront ensuite ces paramètres de contenu et de productivité aux heures de main-d'œuvre visées et feront rapport de la charge de travail qu'ils peuvent assumer et du nombre de patients en moins qui peuvent être traités. Ils ne concentreront pas leurs efforts sur la bonification continue de leur approche de prestation de services pour améliorer la productivité et/ou la qualité. Dans des documents budgétaires de l'Hôpital, on demande aux gestionnaires de [Traduction] « ...produire un court exposé expliquant les mesures prises pour en arriver à la tendance en dotation présentée » et le

premier point énuméré est « compressions de services ». Par ailleurs, rien ne laisse croire que les services envisagent de remanier les processus de production ou de prestation de soins. Nous sommes d'avis que le processus de budgétisation de l'Hôpital ne constitue pas la meilleure approche à utiliser dans un environnement qui exige à la fois une réduction de coûts et le maintien du volume de patients existant. Pour réduire les coûts, les processus budgétaires doivent chercher avant tout à réaliser des économies dans les divers départements et le contenu des soins, et non à abaisser le nombre de patients qu'ils traitent.

Ce sont les programmes, les départements et les gestionnaires de départements qui lancent l'élaboration de leurs plans et de leurs budgets de fonctionnement. Toutefois, il existe des approches incohérentes en ce qui a trait à la participation des cadres de terrain au processus d'examen et d'approbation. Dans certains cas, l'ajustement des budgets de départements aux objectifs des budgets de résultats semble s'exécuter à un niveau supérieur à celui de l'équipe de gestion des départements. Dans de tels cas, les gestionnaires de département qui doivent produire les résultats visés n'ont pas la responsabilité complète des budgets définitifs. Les cadres de terrain doivent être consultés au sujet des budgets définitifs de leurs secteurs et ils doivent en être informés. Les budgets ne seront pas respectés, sauf si les cadres de terrain s'en tiennent aux objectifs.

Recommandations :

(9) Le DF devrait modifier le processus de planification et de budgétisation des opérations de manière à inclure plus formellement et explicitement un examen du volume de patients, du contenu des soins, de la charge de travail du département et de la productivité.

(10) Le DF devrait instaurer des concepts d'amélioration continue dans le processus de planification et de budgétisation des opérations de l'Hôpital.

(11) Les vice-présidents de l'Hôpital devraient s'assurer que les gestionnaires sont consultés dans le cadre du remaniement des budgets pour atteindre les objectifs globaux et que la justification des budgets définitifs de leurs secteurs est diffusée et expliquée.

Dans sa planification et son budget des trois derniers

exercices, l'Hôpital n'a proposé que de très modestes réductions, quand il l'a fait, de ses dépenses par rapport aux exercices précédents. En 1999-2000, le budget de l'Hôpital ne prévoyait qu'une réduction des dépenses de 1,3 % avant ajout des coûts unitaires majorés au titre de la main-d'œuvre. Pour l'exercice 2000-2001, le budget de l'Hôpital ne prévoyait qu'un peu plus de 1 % de réduction des dépenses avant ajout des coûts unitaires majorés au titre de la main-d'œuvre.

L'Hôpital n'a pas maintenu ses dépenses dans les limites des niveaux budgétés. Les heures de main-d'œuvre ont dépassé à la fois les heures prévues au budget et les niveaux des exercices précédents, même si le nombre de patients hospitalisés est resté relativement constant. Pour aggraver encore le problème, le coût unitaire de la main-d'œuvre a, lui aussi, excédé les niveaux budgétés :

- L'Hôpital n'a pas inclu d'estimation de l'impact des règlements salariaux avec la province dans son budget de 1999-2000[67].
- L'Hôpital a sous-estimé l'impact des règlements salariaux avec la province en 2000-2001[68].
- L'Hôpital n'a pas prévu les répercussions de l'uniformisation des salaires sur ses coûts de fonctionnement dans son budget de 1999-2000 ou de 2000-2001.

L'augmentation du nombre d'heures et les hausses salariales ont amené les coûts de fonctionnement de l'Hôpital bien au-delà des niveaux de dépenses prévus[69].

Cette situation aurait posé un problème si les budgets avaient prévu un seuil de rentabilité ou une meilleure position. L'Hôpital d'Ottawa, au cours de toutes ses années d'existence, a prévu et budgété des charges qui auraient excédé ses prévisions de recettes. En 1998-1999, l'Hôpital a prévu une perte de 31 millions de dollars au titre de son fonctionnement. En 1999, l'Hôpital a budgété une perte de 12 millions de dollars au titre de son fonctionnement (avant toute provision

---

[67] The Ottawa Hospital 1999/00 Operating Plan, 21 juin 1999. Page 41 : [Traduction] « .....les états financiers de 1999-2000 n'incluent pas de provision pour l'impact de toute convention collective éventuelle..... »

[68] Lettre de Richard Wilson à Peter Finkle, en date du 1er novembre 2000, accompagnant le rapport du deuxième trimestre.

[69] Lettre de Richard Wilson à Peter Finkle, en date du 1er novembre 2000, accompagnant le rapport du deuxième trimestre.

pour règlements salariaux ayant ajouté, au bout du compte, 20 millions de dollars aux pertes de fonctionnement budgétées). En 2000-2001, l'Hôpital a prévu une perte de 36 millions de dollars au titre du fonctionnement (avant toute provision pour uniformisation des salaires entre les sites, ce qui a finalement ajouté 24 millions de dollars aux pertes de fonctionnement budgétées).

Comme l'Hôpital a sous-estimé ses coûts de fonctionnement :

- Il a entrepris ses trois premiers exercices sans énoncé clair de toute l'ampleur de son problème de fonctionnement.
- Il n'a pas été en mesure de communiquer clairement ou de façon crédible au ministère l'étendue de son problème imminent au début de l'exercice[70].

L'Hôpital doit améliorer la précision :

- de ses prévisions et plans en matière de volume de patients;
- de ses plans en matière de charge de travail des départements;
- de ses plans en matière de productivité des départements;
- de ses prévisions en matière de coûts unitaires de la main-d'œuvre et du matériel

contenus dans ses plans et budgets de fonctionnement annuels afin de fournir au Conseil d'administration et au ministère des prévisions plus précises sur ses coûts et résultats d'exploitation.

Il convient de signaler que L'Hôpital d'Ottawa, comme d'autres hôpitaux, a reçu des directives formelles du ministère selon lesquelles il :

- ne pouvait pas diminuer ses dépenses en matière de services de laboratoire avant la restructuration des laboratoires;
- ne pouvait pas diminuer ses dépenses dans le domaine des services de santé mentale;

---

[70] Comme l'ampleur de ses problèmes de coût de fonctionnement et de dépense de capitaux sont devenus plus manifestes au cours de chaque annéer, l'Hôpital a communiqué l'importance croissante de son problème financier au ministère en lui demandant de l'aide.

- devrait maintenir les niveaux de dotation de son personnel d'infirmiers et d'infirmières de 1998-1999 et le ministère a subventionné une hausse du nombre d'heures en soins infirmiers au-delà des niveaux de 1998-1999 (L'Hôpital d'Ottawa a reçu 7,3 millions de dollars pour fournir 125 ÉTP supplémentaires en soins infirmiers).

Ces directives du ministère ont limité les possibilités de l'Hôpital en matière de réduction de coûts. De plus, alors que L'Hôpital d'Ottawa envisageait des réductions à la capacité de diminuer le volume et les coûts du service, il a reçu des directives formelles et informelles du ministère selon lesquelles il devait maintenir ou rétablir sa capacité et/ou ses volumes de service.

Les annonces concernant les niveaux de financement de l'Hôpital ont été retardées à beaucoup plus tard au cours de l'exercice. Bien que les échelons du financement de base soient raisonnablement prévisibles, le ministère a procédé à des annonces au cas par cas de financement ponctuel et spécial d'hôpitaux. Il est donc devenu passablement difficile pour les hôpitaux de prévoir avec exactitude leurs recettes, et donc de comprendre la souplesse dont ils pourraient disposer en ce qui a trait aux volumes et au contenu des services et qui permettraient quand même de dégager des excédents de fonctionnement.

Recommandations :

(12) Le ministère de la Santé devrait indiquer de façon claire, complète et opportune les fonds applicables aux opérations continues de l'Hôpital avant chaque exercice.

(13) Le P.-D.G. et le DF de L'Hôpital d'Ottawa devraient prendre des mesures pour améliorer l'exactitude des processus de planification et de budgétisation des opérations de l'Hôpital.

Jusqu'à présent, dans sa planification et sa gestion, l'Hôpital a surtout cherché à l'extérieur la solution de ses problèmes financiers, en demandant des fonds supplémentaires au ministère. Il n'a pas vraiment envisagé la possibilité de modifier ses processus de soins et/ou de réaliser des économies pour atténuer l'impact de l'augmentation des coûts de main-d'œuvre et de fournitures pour permettre à l'Hôpital de maintenir son volume de patients tout en contenant ou en réduisant ses coûts de fonctionnement.

L'Hôpital s'est surtout employé à obtenir davantage de fonds du ministère de la Santé. Il semble avoir présumé qu'il pouvait dépenser en fonction d'une augmentation de son budget de base que lui consentirait le ministère. Lors de la première réunion officielle de la nouvelle équipe de gestion de l'Hôpital, les participants ont clairement formulé cette stratégie. Les membres de la haute direction ont discuté de la possibilité d'avoir recours au budget pour [Traduction] « envoyer un message au MS »…..« des hôpitaux semblables sont confrontés aux mêmes problèmes dans l'ensemble de la province. Il s'agit d'envoyer un message concerté au MS[71]. » On a justifié cette orientation en soutenant que l'Hôpital estime que son financement est injustement moindre que celui des autres hôpitaux d'enseignement de la province.

- [Traduction] « Les finances demeurent le problème le plus important de L'Hôpital d'Ottawa…. Le Comité des finances, ayant étudié cette situation en détails, en est arrivé à la conclusion que les arguments du sous-financement soulevés par L'Hôpital d'Ottawa sont justifiés et que le gouvernement doit rectifier la situation.[72] »
- [Traduction] « L'Hôpital a clairement établi qu'il est sous-financé par rapport aux autres hôpitaux d'enseignement en Ontario et qu'il est essentiel que le financement consenti par le ministère à L'Hôpital d'Ottawa soit rajusté en conséquence.[73] »
- [Traduction] « Le plan de fonctionnement de 2000-2001 entraînera un déficit de 39,9 millions de dollars avant l'amortissement de l'immeuble. Les éléments les plus imposants de ce déficit sont l'impact des règlements pour la main-d'œuvre, les coûts de restructuration qui ne sont pas complètement remboursés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, et l'écart injuste du financement par rapport à celui qui est accordé à nos pairs. Nous prévoyons que du financement supplémentaire du ministère nous ramènera dans une position d'équilibre.[74] »
- [Traduction] « Nous continuons à soutenir que nous sommes très sous-financés comparativement à nos pairs et que les déficits qui en résultent année après année sont inacceptables….. Nous continuons à étirer tous les dollars

---

[71] Compte rendu de la réunion du Comité de gestion, 3.4.98.

[72] CEOs Report for 1999-2000, août 2000

[73] CEOs Report for 1999-2000, août 2000

[74] The Ottawa Hospital, 2000/2001 Operating Plan, juin 2000. Sommaire.

possibles au cours de cette période de restructuration chaotique, mais nous pouvons très difficilement vendre notre position à nos patients, au personnel, aux médecins et aux membres du Conseil d'administration parce qu'ils sont tous au courant de l'historique des injustices existantes au niveau du financement[75]. »

- [Traduction] « Vous croyez peut-être qu'un plan de redressement comportant un déficit de 28 millions de dollars et la prévision d'un fonds de roulement négatif de 92 millions de dollars est un plan de non redressement, mais nous sommes convaincus que notre redressement repose entre les mains du ministère de la Santé et réside dans des augmentations au financement ponctuel et continu[76]. »
- [Traduction] « Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit absolument accorder une aide financière adéquate à L'Hôpital d'Ottawa pour lui permettre de répondre aux exigences de ses patients et de fusionner avec succès les services de l'Hôpital dans notre région[77]. »

Comme on peut le constater, l'Hôpital a surtout cherché à obtenir davantage de fonds du ministère. L'Hôpital a supposé que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée accepterait immédiatement de lui accorder les fonds de fonctionnement supplémentaires auxquels il pensait avoir droit. L'Hôpital a présumé :

- que le ministère augmenterait son financement en dédommagement complet de tous les règlements salariaux;
- que le ministère augmenterait le financement pour compenser le coût de la normalisation des salaires due à la fusion;
- que le financement de L'Hôpital d'Ottawa est injuste par rapport à celui qui est accordé aux hôpitaux pairs et que le ministère corrigerait cette injustice.

Pourtant, l'Hôpital n'a reçu aucune confirmation du ministère indiquant qu'il était d'accord ou qu'il avait l'intention de lui accorder les fonds nécessaires pour couvrir ses dépenses. En toute franchise, le ministère n'a pas non plus clairement

---

[75] Lettre de David Levine à Peter Finkle, en date du 7 février 2000, accompagnant le plan de redressement de 2000-2001.

[76] Lettre de David Levine à Peter Finkle, en date du 7 février 2000, accompagnant le plan de redressement de 2000-2001.

[77] The Ottawa Hospital, 2000/2001 Operating Plan, juin 2000. Sommaire.

indiqué à l'Hôpital qu'il n'ajusterait pas le montant des fonds alloués en fonction des dépenses de l'Hôpital.

Comme le montrent les déclarations et les comportements de ses représentants, l'Hôpital n'a pas accepté que le financement effectivement fourni par le ministère de la Santé puisse constituer le cadre financier de ses opérations et de ses coûts de fonctionnement. Et l'Hôpital maintient catégoriquement que ses décisions devraient être confirmées par le ministère et que des fonds devraient être consentis pour couvrir les opérations actuelles et les déficits antérieurs.

Pensant que le ministère confirmerait bientôt ses hypothèses et ses décisions, l'Hôpital a dépensé pour ses opérations (et ses projets d'immobilisations) bien plus que les fonds accordés ou promis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. En attendant que le ministère règle ses problèmes, l'Hôpital a laissé sa situation financière se détériorer gravement. Il prévoit aujourd'hui avoir un fonds de roulement déficitaire de 147,2 millions de dollars d'ici la fin de l'exercice 2000-2001. Aucun hôpital ontarien n'aura jamais connu un problème financier d'une telle ampleur.

Recommandations :

(14) Le ministère de la Santé devrait indiquer clairement le total des fonds qui seront alloués à L'Hôpital d'Ottawa pour ses opérations continues et sa restructuration.

(15) L'Hôpital d'Ottawa devrait élaborer et mettre en œuvre des plans pour offrir des services à sa population en respectant les recettes ainsi engagées par le ministère de la Santé et accessibles auprès d'autres sources.

3.4.4 Le contrôle des dépenses

L'équipe de gestion d'un hôpital s'emploie surtout à prévoir et à assurer la prestation efficace et efficiente de soins aux patients. Le contrôle des dépenses laisse supposer que l'équipe de gestion doit mettre en place des processus de gestion de l'efficience de l'hôpital. Ces processus devraient comprendre :

- La gestion des coûts – Contrôler le coût de chaque unité de main-d'œuvre et de matériel utilisée par chaque département de l'Hôpital dans la prestation de ses services ou la production de ses produits.

- La gestion de la productivité – Mesurer, surveiller et contrôler le nombre d'unités de main-d'œuvre et de matériel utilisées dans la production des services des départements.
- La gestion de l'utilisation – Mesurer, surveiller et contrôler les ressources utilisées dans chaque épisode de soins dispensés aux patients (y compris la durée de séjour à l'Hôpital).
- La gestion de l'utilisation – Assurer le caractère approprié de chaque épisode de soins aux patients.
- La gestion de la production – Mesurer, surveiller et contrôler le nombre d'épisodes de soins aux patients.

L'équipe de gestion d'un hôpital se sert de ces processus pour gérer l'ensemble du contenu et du coût des opérations d'un hôpital. Pour s'acquitter de ses responsabilités efficacement, l'équipe de gestion doit être en mesure d'influencer et, en fin de compte, de gérer tous les aspects des activités cliniques et non cliniques d'un hôpital.

Au moyen de sa structure de gestion de programmes et de ses processus de gestion, l'équipe de gestion de L'Hôpital d'Ottawa possède et établit des structures et des processus qui lui permettront de gérer de façon efficace et dynamique les coûts de l'hôpital. Toutefois, comme nous en avons discuté précédemment, les gouverneurs ou les gestionnaires de l'Hôpital n'ont pas concentré leurs activités sur la gestion dynamique et la réduction de coûts.

Recommandation :

(16) Le P.-D.G. et la haute direction devraient faire de la gestion des coûts et de l'amélioration de la productivité une priorité de l'équipe de gestion et du personnel dans l'ensemble de l'organisation.

3.4.5 Les rapports de l'équipe de gestion

Il doit exister un certain équilibre dans les rapports de l'équipe de gestion. Il faut éviter de fournir trop peu de renseignements et de l'information en trop grande quantité. Les données de gestion devraient porter essentiellement sur les « facteurs de succès cruciaux » d'une organisation. Pour toutes les organisations, les facteurs de succès cruciaux sont les nombres restreints de domaines dans lesquels des résultats satisfaisants doivent être obtenus pour assurer le rendement à succès de

l'organisation. Ce sont les quelques domaines clés dans lesquels les « choses doivent bien se dérouler » pour que l'organisation prospère. Si les résultats obtenus dans ces quelques domaines clés sont bons, l'organisation connaîtra du succès. Dans le cas contraire, le rendement général de l'organisation pour cette période sera moindre que le rendement souhaité. Les facteurs cruciaux sont les domaines d'activité qui devraient attirer une attention constante et soignée de l'équipe de gestion. La situation actuelle du rendement dans chaque domaine devrait sans cesse être mesurée et mise à la disposition des gestionnaires concernés.

Le volume critique, la productivité, les coûts, les recettes et les objectifs généraux de rendement précisés dans un plan et un budget des opérations devraient constituer les assises de rapports efficaces de l'équipe de gestion. Les rapports de l'équipe de gestion devraient donner aux gestionnaires une indication du rendement des départements en ce qui a trait aux objectifs et aux budgets de fonctionnement pour :

1. l'utilisation (p. ex. les tests en laboratoire par mise en congé)
2. le volume (tests en laboratoire)
3. la charge de travail (unités de charge de travail en laboratoire)
4. la productivité (unités de charge de travail par heure de travail variable – par heure travaillée par le PAU)
5. variable/heures travaillées par le PAU
6. frais généraux – heures travaillées (heures de l'équipe de gestion et de l'équipe de soutien opérationnel)
7. heures des avantages sociaux
8. total des heures rémunérées
9. total des coûts en main-d'œuvre
10. total des coûts en fournitures
11. total des coûts de fonctionnement
12. recettes
13. qualité du service

Ensuite, tout au long de l'année, un système efficace de

rapports de gestion se concentrera sur :

- la comparaison des résultats réels avec les objectifs;
- la prestation de ces renseignements de façon opportune et précise pour appuyer les décisions relatives au fonctionnement

pour que les gestionnaires puissent comprendre et expliquer des écarts importants et élaborer des plans de mesures correctrices en vue de respecter les niveaux de rendement budgétés. (Subsidiairement, si les causes des écarts sont hors du contrôle de l'Hôpital, on pourrait envisager de modifier formellement les objectifs de rendement.).

Présentation de rapports aux gestionnaires de département

Des rapports mensuels destinés aux directeurs et aux gestionnaires de département de L'Hôpital d'Ottawa fournissent des données annuelles à ce jour et des données mensuelles exhaustives à jour sur :

- les recettes;
- les dépenses en main-d'œuvre;
- les dépenses en services;
- les dépenses en fournitures;
- les heures travaillées, les heures d'avantages sociaux et les heures de main-d'œuvre achetées;
- la charge de travail et l'activité.

En outre, les gestionnaires reçoivent ces rapports mensuels très rapidement. Les rapports de novembre 2000 ont été imprimés en vue de leur distribution le 14 décembre 2000, soit dans les deux semaines de la fin du mois.

Les gestionnaires de département reçoivent des rapports intitulés :

- Rapport de gestion détaillé (qui résume les transactions du mois en des catégories détaillées de recettes, de frais de main-d'œuvre, de frais de fournitures et de services, d'heures gagnées par l'ÉSO, d'heures gagnées par le PAU, de charge de travail et d'activité)
- Rapport détaillé sur le grand livre général (transactions inscrites au grand livre général)
- Renseignements sur les charges à payer à la suite d'achats inscrites dans Oracle (transactions mensuelles

d'approvisionnement)

- Rapport de quantité sur 12 mois (quantité et frais de chaque article pour chaque mois de l'année actuelle)
- Système de gestion des postes – liste des postes (liste des postes approuvés et nom du titulaire de chaque poste)
- Liste sommaire des employés (rapport sur l'ancienneté, les congés de maladie, les vacances, etc. de chaque employé)
- Rapport de répartition de la main-d'œuvre (rapport couvrant la période de paie sur la ventilation des heures rémunérées par période de paie et pour l'année jusqu'à ce jour, en catégories d'heures de travail et d'heures d'avantages sociaux).

Le niveau de détails de ces rapports est très utile pour justifier chacun des postes de dépenses dans les différentes catégories de dépenses. Ce niveau de détails aidera les intéressés à comprendre et à expliquer les postes de dépenses qui ont pu mener à des écarts par rapport aux objectifs. Il est cependant difficile de s'en servir pour cerner ces écarts. Les rapports ne comportent pas de données sommaires faciles à utiliser qui portent sur les écarts par rapport aux objectifs de fonctionnement cruciaux. Ils n'identifient pas les écarts critiques qui doivent faire l'objet d'une enquête et de mesures correctrices. Par conséquent, les rapports faits aux cadres de terrain ne sont pas aussi efficaces qu'ils pourraient l'être pour appuyer la gestion de l'activité des départements ou le contrôle des coûts.

L'Hôpital devrait fournir à chaque département des résumés de niveau plus élevé du rendement des départements par rapport aux objectifs de fonctionnement et des budgets cruciaux qui sont énumérés précédemment. Ils pourraient alors constituer la base d'une analyse plus efficace des écarts constatés au sein de l'Hôpital.

Il convient de signaler que les gestionnaires de L'Hôpital Général d'Ottawa reçoivent des rapports du système TSI qui fournissent ce genre de renseignements. En analysant la contribution à tout écart du budget des écarts par rapport aux objectifs concernant :

- l'efficience de la main-d'œuvre
- le coût de la main-d'œuvre
- les fournitures

- les coûts fixes de la main-d'œuvre, de l'équipement, des installations

un gestionnaire peut déterminer rapidement où il doit concentrer ses efforts pour expliquer un écart du budget et pour élaborer des mesures correctrices. Il serait très utile que ces rapports puissent être fournis aux gestionnaires des autres emplacements et qu'ils soient élargis de manière à ce que des rapports soient remis aux gestionnaires de programmes et de centres fonctionnels.

Recommandation :

(17) Le DF devrait pouvoir élargir le genre de rapport sur les écarts qui est présentement accessible à l'emplacement du Campus Général aux gestionnaires des deux autres emplacements.

Analyse des écarts

L'Hôpital a élaboré un processus exhaustif d'analyse des écarts, de justification par des explications et de mesures correctrices possibles.

Il existe divers processus d'analyse des écarts utilisés à l'emplacement du Campus Général (qui sont centrés sur les heures budgétées et les heures réelles gagnées) et du Campus Civic (qui sont axés sur les dépenses en rémunération, sur les frais de fournitures, sur les coûts totaux et sur le total des heures gagnées et, s'il y a lieu, sur les recettes et les frais nets). On s'attend à ce que chaque gestionnaire de département :

- étudie son rapport mensuel de gestion du département (RGD);
- explique les écarts par rapport au plan et au budget;
- propose des mesures correctrices éventuelles.

Ces analyses sont colligées et organisées en un Rapport mensuel d'analyse des écarts de programme par l'analyste du soutien aux programmes. Ce rapport illustre le total des frais budgétés, des frais réels et l'écart annuels cumulatifs ainsi que le total annuel cumulatif des heures réelles. En outre, il présente à la fois une justification de l'écart et une « stratégie de redressement ». Le rapport laisse de l'espace pour des prévisions de fin d'exercice, mais cet espace n'est pas utilisé. Ces renseignements sont présentés pour chaque centre

fonctionnel de chaque emplacement. Ils sont résumés par genre de service et pour l'ensemble du programme. Il existe également un rapport d'étape mensuel sommaire cumulatif qui est préparé pour chacun des programmes. Ce rapport présente les écarts par programme au niveau du total des frais, des frais nets, des recettes, de la rémunération de l'ÉSO, de la rémunération du PAU, des fournitures et des autres frais.

Le Département des finances collabore avec les analystes du soutien aux programmes pour peaufiner et améliorer l'analyse des écarts et les rapports sur ceux-ci.

Il existe plusieurs possibilités d'améliorer l'approche de l'Hôpital en matière d'analyse des écarts par rapport aux plans et aux budgets :

- Les rapports des gestionnaires de département portent essentiellement sur les écarts du mois courant, tandis que les rapports colligés et sommaires ont surtout pour objet les écarts annuels cumulatifs. On peut difficilement concilier les deux. Selon nous, ni l'un ni l'autre est nécessairement correct. La véritable question réside dans l'impact possible sur le rendement continu (le taux courant) et sur les résultats de fin d'exercice. Si l'écart par rapport au mois actuel marque le début d'une tendance négative, il faudrait le repérer rapidement et régler la question avant qu'elle ait des répercussions défavorables sur les résultats de la fin de l'exercice (et sur ceux des années futures). Si le rendement annuel cumulatif témoigne d'une érosion, il faudra opérer un redressement pour que le rendement puisse être ramené aux niveaux visés. Il faut surtout chercher à déterminer s'il est possible de le faire, ce qui nécessitera des rapports et une analyse du rendement mensuel courant et du rendement annuel cumulatif.
- Les rapports sommaires de l'Hôpital doivent se concentrer sur l'essentiel. Ces rapports sont préparés à l'intention des vice-présidents de l'Hôpital. Ces derniers doivent être en mesure de concentrer leurs efforts sur ce qui aura le plus de répercussions. Il pourrait être utile que les rapports sommaires trient les résultats par centre fonctionnel des plus grands aux plus petits écarts par rapport aux plans et aux budgets. Le vice-président pourrait alors collaborer avec les gestionnaires des départements où les écarts sont les plus grands afin d'établir si les écarts courants et/ou annuels cumulatifs auront des répercussions sur le résultat de fin d'exercice et de déterminer si une mesure correctrice

est possible.

- En outre, le rapport d'étape sommaire devrait relever les thèmes communs aux divers départements qui pourraient laisser croire à l'existence d'un problème qui envahit le secteur des programmes et qui pourrait nécessiter des initiatives corporatives plutôt que sectorielles comme solution.

Toutefois, l'Hôpital a établi une solide base structurelle pour appuyer l'analyse des écarts. Cette base a intégré l'analyse des écarts à ses processus de gestion. Elle doit maintenant tirer profit de ses succès pour exercer un meilleur contrôle sur ses coûts liés à ses plans.

Dans le cadre de l'amélioration de son approche d'analyse des écarts, il importera que l'Hôpital garde à l'esprit que l'aspect le plus important d'une telle analyse ne consiste pas à déterminer la cause de l'écart, mais plutôt à établir s'il s'agit d'un écart contrôlable. Dans l'affirmative, il faudrait prendre des mesures correctrices. Dans la négative, il faudrait envisager un remaniement du budget de manière à ce qu'il reflète l'événement incontrôlable/imprévu. Des mesures correctrices devraient être prises en réaction à des écarts importants dans les départements. Quand ces mesures se répercuteront sur des départements de l'extérieur du portefeuille des programmes, il conviendra de réviser le plan d'action proposé avec l'équipe de la haute direction avant la mise en œuvre. Les mesures correctrices qui ont des répercussions importantes pour l'Hôpital et/ou un nouveau budget ayant un impact important sur les résultats de fin d'exercice devraient être revus de concert avec le Comité des finances du Conseil d'administration.

Recommandations :

(18) Le DF devrait élargir la présentation de rapports et l'analyse des écarts à tous les niveaux de l'organisation pour se concentrer à la fois sur la période actuelle et sur la mesure et l'analyse cumulatives annuelles.

(19) Le DF devrait s'assurer que toutes les analyses des écarts englobent un examen des répercussions de l'écart sur les résultats des départements, des programmes et de l'Hôpital à la fin de l'exercice.

3.5 Participation du personnel médical à l'équipe de

gestion

L'équipe de gestion comprend des directeurs médicaux de programme, le médecin-chef, le vice-président des affaires médicales et le vice-président de la recherche. L'utilisation d'une structure de gestion des programmes permet de mieux faire participer le personnel médical à la gestion des opérations hospitalières et aux décisions de gestion concernant l'utilisation des ressources hospitalières.

Les médecins qui participent à l'équipe de gestion de l'Hôpital se montrent très positifs quant à leur capacité de contribuer et d'influencer le processus décisionnel et l'orientation de l'Hôpital. Toutefois, certains médecins qui ne participent pas à l'équipe de gestion sont d'avis qu'ils n'ont pas l'occasion de se faire entendre. En outre, un plus petit nombre croient qu'ils ne reçoivent pas assez de renseignements sur les affaires de l'Hôpital et sur les décisions qui touchent la pratique médicale à l'Hôpital, et ce malgré le programme régulier de communication par le P.-D.G., qui comprend des lettres destinées au personnel hospitalier et des rencontres avec le personnel médical.

Notre enquête nous a permis d'apprendre que bon nombre de membres du personnel médical de l'Hôpital croient que l'Association du personnel médical n'a pas très bien défendu la cause des médecins. On pense que les intérêts du personnel médical ne sont pas entendus au Conseil d'administration.

L'Hôpital ne dispose pas d'un Comité des conférences communes. Un tel Comité est généralement formé de dirigeants de l'Association du personnel médical et du Comité de gestion du Conseil d'administration. Il est souvent élargi de manière à inclure le Conseil d'administration au complet, les membres du CMC et la haute direction. Les réunions des comités des conférences communes se tiennent habituellement une ou deux fois l'an. Les rencontres du comité offrent une tribune dans le cadre de laquelle les dirigeants du personnel médical peuvent exposer les problèmes et les préoccupations du personnel médical qui portent sur la gouvernance et la gestion de l'Hôpital directement aux membres du Conseil d'administration. Les rencontres fournissent également aux membres du Conseil d'administration l'occasion de formuler les problèmes et les inquiétudes qu'ils peuvent connaître en ce qui concerne la participation des médecins à la gestion, aux opérations et aux processus cliniques de l'Hôpital. Elles procurent aux dirigeants de l'Hôpital la possibilité d'échanger et de discuter des idées, des opinions et des sentiments. De

manière moins formelle, ces rencontres donnent la chance aux dirigeants du personnel médical et aux membres du Conseil d'administration d'apprendre à se connaître. Il peut donc s'agir d'un instrument de communications efficace.

Pendant le processus de fusion, il pourrait se révéler utile pour les membres du personnel médical de disposer de cet instrument afin de pouvoir parler directement aux membres du Conseil d'administration de leurs problèmes et de leurs inquiétudes en ce qui a trait au processus de fusion et à l'impact des décisions de gouvernance et de gestion sur l'exercice de la médecine à l'Hôpital. Le personnel médical saura alors que ses problèmes et ses préoccupations ont été présentés, et entendus par le Conseil d'administration. Les membres du Conseil d'administration auront également l'occasion de discuter de leurs objectifs et de leurs plans à long terme pour l'Hôpital.

De plus, bien qu'il ne s'agisse pas encore d'un problème, l'Hôpital devrait être conscient de la possibilité que surgisse un problème concernant le rôle du CMC dans la gestion des programmes et se pencher sur cette possibilité. Dans de nombreux hôpitaux, les activités et les responsabilités en matière de gestion de programmes chevauchent les responsabilités, les activités et les intérêts des départements médicaux et du CMC. L'Hôpital devrait veiller à ce que les rôles et les responsabilités soient clairement définis avant que ne surviennent des différends. L'Hôpital devrait également se pencher sur la question du conflit d'intérêts possible dans le cas du médecin-chef/président du CMC s'il fait aussi partie de l'équipe de gestion de l'hôpital qui rend des comptes au P.-D.G. Il faut régler la question du lien approprié entre le médecin-chef et le Conseil d'administration, le personnel médical et l'équipe de gestion de l'Hôpital.

Recommandation :

(20) Le président du Conseil d'administration devrait établir un Comité des conférences communes pour améliorer la communication entre le Conseil d'administration et le personnel médical de l'Hôpital.

3.6 *Rémunération de l'équipe de gestion*

La rémunération de l'équipe de gestion n'est pas excessive comparativement à celle des gestionnaires des autres hôpitaux de l'Ontario

Nous avons comparé la rémunération de l'équipe de gestion de LHO à celle qui est rattachée à des postes semblables dans des hôpitaux d'enseignement et de grands hôpitaux communautaires pour lesquels des données sont accessibles (4 hôpitaux d'enseignement; 11 hôpitaux communautaires). Nous avons comparé le revenu total en argent tant au niveau de la moyenne que du soixante-quinzième centile (25 % sont payés davantage, 75 % sont payés moins). Nous avons comparé 5 postes de direction qui sont raisonnablement semblables dans les organisations étudiées. Ces comparaisons nous ont permis de constater que :

- les cadres de direction de L'Hôpital d'Ottawa sont moins bien rémunérés que la moyenne des titulaires de postes semblables dans des hôpitaux d'enseignement;
- exception faite du P.-D.G., les cadres de direction de L'Hôpital d'Ottawa sont payés largement sous le 75^{e} centile du groupe combiné des hôpitaux d'enseignement et des hôpitaux communautaires.

Cette comparaison nous permet de conclure que la rémunération des membres de la haute direction de L'Hôpital d'Ottawa n'est pas excessive.

4.0 Examen des programmes et examen clinique

La source principale de données utilisées pour l'examen des programmes cliniques, ce sont les données sur la mise en congé des patients dont il est fait rapport à l'Institut canadien d'information sur la santé par L'Hôpital d'Ottawa et les organisations qu'il a remplacé. Aux fins de l'analyse des tendances en matière d'activité hospitalière ayant précédé l'établissement de L'Hôpital d'Ottawa (LHO), toutes les données rapportées par l'Hôpital Riverside, par l'Hôpital Civic d'Ottawa et par l'Hôpital Général d'Ottawa ont été incluses. L'activité de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut (en chirurgie ophtalmologique) n'est pas comprise dans les volumes de LHO avant le transfert de l'activité à LHO, sauf où c'est explicitement mentionné.

4.1 Programmes de l'Hôpital

4.1.1 Inventaire des programmes

Le tableau qui montre comment se répartissent les services aux patients hospitalisés et les soins ambulatoires (CJ) dispensés à L'Hôpital d'Ottawa par catégorie de groupe de programmes (CGP) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée en 1999-2000. L'activité de l'Institut de cardiologie n'est pas comprise dans les données de L'Hôpital d'Ottawa (les dossiers des patients de l'Institut de cardiologie ont été combinés à ceux de L'Hôpital d'Ottawa aux fins des rapports à l'ICIS en 1999-2000). C'est la raison pour laquelle la catégorie du groupe du programme cardio-thoracique figure comme la plus grande CGP de L'Hôpital d'Ottawa, représentant 14 % du total des cas pondérés.

Les cas sont attribués à une catégorie de groupe de programmes en fonction des GC. La CGP des Traumatismes s'appuie sur un ensemble de GC (définis par le MSSLD) et n'utilise pas les mêmes définitions des cas de traumatisme que dans le Registre ontarien des traumatismes.

Au cours de l'exercice 1999-2000, des changements majeurs ont été apportés à l'activité des programmes en raison de la fermeture de lits de patients hospitalisés de l'Hôpital Riverside et de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut et du transfert de l'activité de l'Hôpital Riverside et de la majeure partie de l'activité de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut aux deux

emplacements pour patients hospitalisés de L'Hôpital d'Ottawa.

Figure 4.1
Répartition des services aux patients hospitalisés et des soins ambulatoires de L'Hôpital d'Ottawa en 1999-2000 par catégorie de groupe de programmes du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

CGP du MS	Cas PH	Jours PH	Jours ANS	Cas CJ se qualif.	Total CPO	% CPO à LHO	% ANS	% CJ
Cardio./Thoracique	3 893	36 443	531	171	13 115	14 %	1 %	4 %
Chirurgie générale	4 301	44 278	2 871	5 345	11 649	12 %	6 %	55 %
Obstétrique	9 298	28 018	9	1 585	7 174	8 %	0 %	15 %
Orthopédie	3 070	22 536	1 581	3 221	6 419	7 %	7 %	51 %
Oncologie	2 410	29 106	1 601	1 417	5 940	6 %	6 %	37 %
Traumatologie	2 285	28 882	4 794	498	5 642	6 %	17 %	18 %
Cardiologie	3 839	23 851	1 062	20	5 163	6 %	4 %	1 %
Néonatologie	7 815	28 521	117		4 610	5 %	0 %	0 %
Soins pulmonaires	1 959	18 999	3 642	461	3 867	4 %	19 %	19 %
Urologie	1 999	10 328	507	4 631	3 328	4 %	5 %	70 %
Gynécologie	1 918	6 676	2	5 405	3 123	3 %	0 %	74 %
Gastro./Hépato-biliaire	2 494	13 274	293	7 051	3 034	3 %	2 %	74 %
Psychiatrie	1 715	30 921	3 840	12	3 026	3 %	12 %	1 %
Médecine générale	1 772	14 146	1 620	1 007	2 880	3 %	11 %	36 %
Neurologie	1 496	18 315	5 074	36	2 801	3 %	28 %	2 %
Ophtalmologie	693	1 100	19	7 550	2 655	3 %	2 %	92 %
Chirurgie vasculaire	775	10 033	512	158	2 508	3 %	5 %	17 %
Neurochirurgie	660	7 340	501	694	1 970	2 %	7 %	51 %
Oto-laryngologie	889	2 832	-	1 543	1 199	1 %	0 %	63 %
Endocrinologie	590	4 616	508	798	928	1 %	11 %	57 %
Néphrologie	438	3 784	564	296	837	1 %	15 %	40 %
Réadaptation	140	3 607	516		530	1 %	14 %	0 %
Chirurgie plastique	103	2 097	233	68	477	1 %	11 %	40 %
Hématologie	383	1 879	37	262	446	0 %	2 %	41 %
Rhumatologie	119	1 384	151	12	204	0 %	11 %	9 %
Chirur. dent./bucco.-dent.	15	42	-	509	146	0 %	0 %	97 %
Dermatologie	63	712	153	42	98	0 %	21 %	40 %
Pas de l'Hôp. Gén.	256	298	-	264	85	0 %	0 %	51 %
Inclassable	7	143	-	5	3	0 %	0 %	42 %
Total	55 395	394 161	30 738	43 061	93 858	100 %	8 %	44 %

Les résultats du tableau qui précède sont triés en fonction du volume total des cas pondérés de l'Ontario (à la fois pour les patients hospitalisés et pour les cas CJ se qualifiant). Les cas pondérés de l'Ontario tiennent lieu de mesure de substitution de l'affectation relative des ressources hospitalières. Les six premiers groupes de programmes (cardio-thoracique, chirurgie générale, obstétrique, orthopédie, oncologie et traumatologie) consomment 53 % des ressources pour patients hospitalisés et

pour patients des unités de soins ambulatoires de LHO. Collectivement, les programmes chirurgicaux ont utilisé 55 % des ressources pour patients hospitalisés et pour patients des unités de soins ambulatoires en 1999-2000.

Figure 4.2
Répartition des activités de L'Hôpital d'Ottawa en 1999-2000 pour les patients hospitalisés et les patients en soins ambulatoires par programme

Programme	Cas PH	Jours PH	Jours ANS	Cas CJ se qualif.	Total CPO	% CPO à LHO	% ANS	% CJ
Chirurgie	20 744	172 131	11 265	29 772	52 028	55 %	7 %	59 %
Médecine	15 671	131 012	15 118	11 423	26 458	28 %	12 %	42 %
Obstétrique	9 298	28 018	9	1 585	7 174	8 %	0 %	15 %
Nouveau-nés	7 815	28 521	117		4 610	5 %	0 %	0 %
Psychiatrie	1 709	30 690	3 713	12	3 013	3 %	12 %	1 %
Autres	158	3 789	516	269	575	1 %	14 %	63 %
Total	55 395	394 161	30 738	43 061	93 858	100 %	8 %	44 %

4.1.2 Modifications aux programmes au cours de la période d'étude

De 1997-1998 à 1999-2000, le nombre de lits de soins de courte durée (sauf les berceaux à roulettes) a diminué de 6,5 % à L'Hôpital d'Ottawa. Le taux d'occupation moyen de ces lits s'est accru de 90,0 % à 96,0 %. La Commission de restructuration des services de santé (CRSS) se servait d'un objectif d'occupation de 90 % (ou moins, comme en pédiatrie) dans la planification de sa restructuration d'hôpitaux.

Figure 4.3
Tendances en matière de lits et d'occupation à L'Hôpital d'Ottawa

	Indicateur	Fin réelle de l'exercice 1997-1998	Fin réelle de l'exercice 1998-1999	Prévisions de fin d'exercice 1999-2000	% de chang.
Lits	Médecine/chirurgie	781	830	723	-7,4 %
	Soins intensifs	46	42	50	8,7 %
	Berceaux de l'USINN	25	25	25	0,0 %
	Obstétrique	103	75	88	-14,6 %
	Berceaux de poupon.	117	117	101	-13,7 %
	Santé mentale	73	76	77	5,5 %
	Total à court terme	1 003	1 023	938	-6,5 %
Occupation	Médecine/chirurgie	93,6 %	90,2 %	97,0 %	3,6 %
	Soins intensifs	78,9 %	98,6 %	95,0 %	20,4 %
	Berceaux de l'USINN	73,6 %	78,4 %	65,1 %	-11,5 %
	Obstétrique	67,4 %	102,2 %	90,0 %	33,4 %
	Berceaux de poupon.	48,1 %	51,7 %	58,8 %	22,3 %
	Santé mentale	90,0 %	88,2 %	89,0 %	-1,2 %
	Total à court terme	90,0 %	91,3 %	96,0 %	6,7 %

Source : Ottawa Hospital 2000/2001 Operating Plan. 1999/2000 Occupancy from MOHLTC.

De 1995-1996 à 1999-2000, le nombre total de patients hospitalisés et de patients des unités de soins ambulatoires des divers campus formant désormais L'Hôpital d'Ottawa a augmenté de 4,7 %. Les unités de soins ambulatoires ont connu une hausse de près de 40 %, tandis que le nombre de patients hospitalisés a diminué de 12 % et le nombre de jours-patient hospitalisés de 13 %.

Figure 4.4
Modification au volume d'activité de L'Hôpital d'Ottawa (PH et CJ) de 1995-1996 à 1999-2000

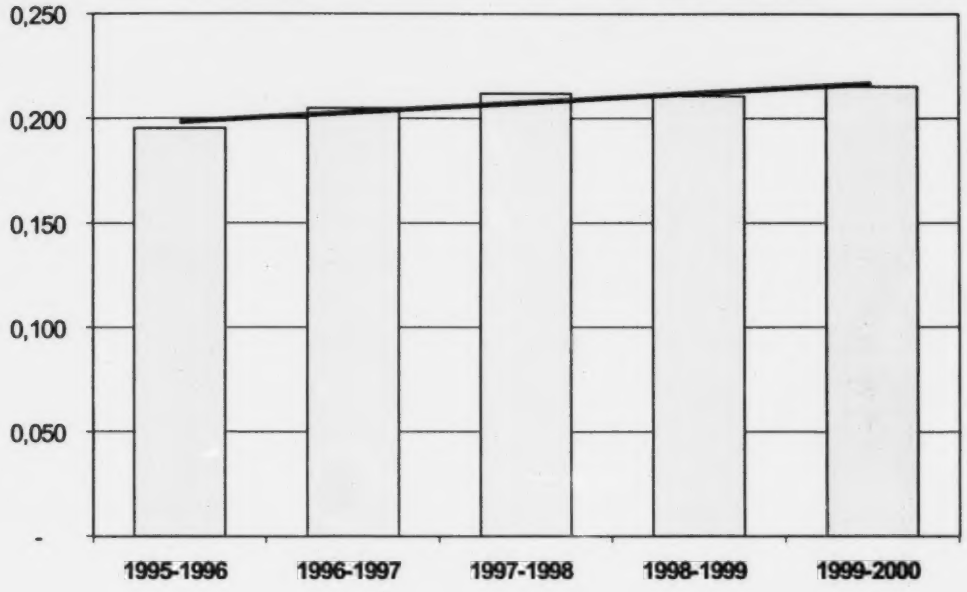
Volume d'activités	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	Chang. par rapport à 1995-1996
Cas de patients hospitalisés	63 143	60 220	57 223	57 894	55 395	-12,3 %
Total des jours	451 945	424 618	400 424	415 893	394 161	-12,8 %
Jours ANS	47 411	48 722	35 091	38 418	30 738	-35,2 %
Coût pondéré de l'Ontario - PH	88 242	87 071	84 847	87 602	84 841	-3,9 %
Moyenne des CPO par jour PH	0,195	0,205	0,212	0,211	0,215	10,2 %
Moyenne des CPO par cas PH	1,397	1,446	1,483	1,513	1,532	9,6 %
Cas de CJ se qualif.	30 914	34 910	37 226	37 654	43 061	39,3 %
Total des cas PH et CJ	94 057	95 130	94 449	95 548	98 456	4,7 %
Pondération du coût en Ont. - CJ	7 457	8 394	9 109	9 309	9 017	20,9 %
Total des cas pondérés de l'Ont.	95 699	95 464	93 957	96 911	93 858	-1,9 %
% des jours rapp. comme ANS	10,5 %	11,5 %	8,8 %	9,2 %	7,8 %	-25,7 %
% total des PH-CJ comme ANS	33 %	37 %	39 %	39 %	44 %	33,1 %

Source : Données de l'ICIS sur la mise en congé des patients provenant de la base de données du MSSLD.

L'évolution des soins aux patients hospitalisés aux soins ambulatoires (en particulier en ce qui a trait à l'activité chirurgicale) s'est traduite par une diminution de 3,9 % des cas pondérés de l'Ontario (CPO) sur une période de cinq ans[78], car une chirurgie sous forme de soins ambulatoires est moins coûteuse que la chirurgie correspondante pour un patient hospitalisé. Toutefois, le CPO moyen par cas de patient hospitalisé et par jour de patient hospitalisé s'est accru de 10 %, car l'intensité moyenne des soins que nécessitent les cas ne pouvant pas passer aux soins ambulatoires était plus élevée.

[78] Toutes les données de l'ICIS pour les exercices 1995-1996 à 1998-1999 ont été regroupées à l'aide de l'élément de regroupement GC de 1998. Les données de l'exercice 1999-2000 sont regroupées au moyen de l'élément de regroupement GC de 1999.

Figure 4.5
Tendance des cas pondérés de l'Ontario par jour-patient de LHO



L'augmentation de près de 40 % du nombre de traitements ambulatoires (CJ) est essentiellement due au transfert à L'Hôpital d'Ottawa du programme d'ophtalmologie de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut (qui offrait surtout des chirurgies de jour), au milieu de l'exercice 1999-2000.

La diminution de l'activité des patients hospitalisés a été la plus marquée (en pourcentage) en psychiatrie (-22 %) et elle l'a moins été dans le cas des nouveau-nés (-6 %).

Figure 4.6
Tendance du volume des cas de patients hospitalisés de LHO

Programme général	1995	1996	1997	1998	1999	% de chang.
Chirurgie	23 666	22 553	21 218	21 700	20 744	-12 %
Médecine	18 297	17 798	16 729	16 654	15 671	-14 %
Obstétrique	10 540	9 616	9 333	9 474	9 298	-12 %
Nouveau-nés	8 274	7 940	7 818	7 936	7 815	-6 %
Psychiatrie	2 195	2 162	1 989	2 013	1 709	-22 %
Autres	171	151	136	117	158	-8 %
Total	63 143	60 220	57 223	57 894	55 395	-12 %

La diminution des besoins en ressources (dans les cas de patients hospitalisés) pendant plus de cinq ans (tel que mesuré par les cas pondérés de l'Ontario[79]) a été plus marquée en psychiatrie (-31 %). Au cours de la même période, les besoins en ressources pour la chirurgie ont légèrement augmenté (0,6 %), et ils se sont accrus de 21 % dans le cas des soins aux nouveau-nés.

Figure 4.7
Tendance des cas pondérés de l'Ontario

Programme général	1995	1996	1997	1998	1999	% de chang.
Chirurgie	51 731	51 755	52 312	54 161	52 028	0,6 %
Médecine	27 681	27 449	26 755	27 425	26 458	-4,4 %
Obstétrique	7 630	7 198	6 966	7 101	7 174	-6,0 %
Nouveau-nés	3 808	4 083	3 743	4 081	4 610	21,1 %
Psychiatrie	4 349	4 286	3 484	3 539	3 013	-30,7 %
Autres	501	694	696	603	575	14,8 %
Total	95 699	95 464	93 957	96 911	93 858	-1,9 %

Les tableaux des pages suivantes illustrent la tendance pour l'ensemble des cas pondérés de l'Ontario et des cas de patients hospitalisés par CGP.

[79] Toutes les données de l'ICIS pour les exercices 1995-1996 à 1998-1999 ont été regroupées à l'aide de l'élément de regroupement GC 1998 et se sont vu affecter les cas pondérés associés au GC 1998. Les données de l'exercice 1999-2000 sont regroupées au moyen de l'élément de regroupement GC 1999 (avec les cas pondérés du GC 1999).

Figure 4.8
Tendance des cas pondérés de l'Ontario par catégorie de groupe de programmes du MSSLD

CGP du MS	1995	1996	1997	1998	1999	% de chang.
Cardio./Thoracique	12 575	13 112	13 037	14 224	13 115	4,3 %
Chirurgie générale	11 036	11 272	12 231	11 440	11 649	5,6 %
Obstétrique	7 630	7 198	6 966	7 101	7 174	-6,0 %
Orthopédie	7 586	7 318	7 002	7 459	6 419	-15,4 %
Traumatologie	6 180	6 079	5 982	6 340	5 642	-8,7 %
Oncologie	6 174	5 845	5 980	5 901	5 940	-3,8 %
Cardiologie	6 055	6 019	5 845	5 626	5 163	-14,7 %
Néonatologie	3 808	4 083	3 743	4 081	4 610	21,1 %
Psychiatrie	4 357	4 302	3 490	3 558	3 026	-30,6 %
Soins pulmonaires	3 414	3 529	3 460	3 865	3 867	13,3 %
Gynécologie	3 464	3 466	3 442	3 497	3 123	-9,8 %
Gastro./Hépato-biliaire	3 144	3 295	3 357	3 417	3 034	-3,5 %
Neurologie	3 532	3 526	3 107	3 016	2 801	-20,7 %
Urologie	3 129	2 866	2 971	3 322	3 328	6,4 %
Chirurgie vasculaire	2 342	2 405	2 350	2 596	2 508	7,1 %
Médecine générale	2 218	2 365	2 262	2 395	2 880	29,8 %
Neurochirurgie	2 180	1 962	2 122	1 898	1 970	-9,6 %
Ophtalmologie	1 675	1 642	1 856	2 095	2 655	58,5 %
Oto-laryngologie	1 459	1 368	1 227	1 338	1 199	-17,8 %
Néphrologie	975	808	811	799	837	-14,1 %
Endocrinologie	825	830	670	808	928	12,5 %
Réadaptation	455	641	643	566	530	16,5 %
Hématologie	454	510	538	598	446	-1,9 %
Chirurgie plastique	436	480	352	427	477	9,4 %
Rhumatologie	327	204	183	184	204	-37,6 %
Chirur. dent./bucco-dent.	77	155	134	155	146	88,8 %
Dermatologie	118	106	110	131	98	-17,0 %
Pas de l'Hôp. Gén.	72	77	83	73	85	17,3 %
Inclassable	1	2	0	0	3	408,6 %
Total	95 699	95 464	93 957	96 911	93 858	-1,9 %

Figure 4.9
Tendance des cas de patients hospitalisés par catégorie de groupe de programmes du MSSLD

CGP du MS	1995	1996	1997	1998	1999	% de chang.
Obstétrique	10 540	9 616	9 333	9 474	9 298	-12 %
Néonatologie	8 274	7 940	7 818	7 936	7 815	-6 %
Chirurgie générale	5 209	4 841	4 797	4 522	4 301	-17 %
Cardiologie	4 794	4 740	4 525	4 297	3 839	-20 %
Cardio./Thoracique	3 574	3 875	3 552	3 752	3 893	9 %
Orthopédie	3 804	3 642	3 251	3 359	3 070	-19 %
Oncologie	3 058	2 717	2 534	2 466	2 410	-21 %
Gastro./Hépato-biliaire	2 635	2 601	2 563	2 574	2 494	-5 %
Traumatologie	2 697	2 605	2 381	2 527	2 285	-15 %
Soins pulmonaires	2 240	2 369	2 264	2 339	1 959	-13 %
Urologie	2 247	2 062	2 044	2 140	1 999	-11 %
Gynécologie	2 231	2 078	2 038	2 026	1 918	-14 %
Psychiatrie	2 200	2 170	1 992	2 020	1 715	-22 %
Neurologie	1 885	1 822	1 616	1 607	1 496	-21 %
Médecine générale	1 631	1 644	1 577	1 587	1 772	9 %
Oto-laryngologie	1 112	949	807	888	889	-20 %
Ophtalmologie	1 089	888	757	787	693	-36 %
Chirurgie vasculaire	815	814	731	827	775	-5 %
Neurochirurgie	668	611	643	661	660	-1 %
Endocrinologie	642	653	506	562	590	-8 %
Néphrologie	521	458	448	459	438	-16 %
Hématologie	387	410	391	410	383	-1 %
Pas de l'Hôp. Gén.	244	185	190	227	256	5 %
Rhumatologie	258	163	142	125	119	-54 %
Réadaptation	89	121	134	107	140	57 %
Chirurgie plastique	133	117	91	106	103	-23 %
Dermatologie	93	75	61	76	63	-32 %
Chirur. dent./bucco.dent	71	50	37	30	15	-79 %
Inclassable	2	4		3	7	250 %
Total	63 143	60 220	57 223	57 894	55 395	-12 %

Les données sur le volume de visites aux unités de soins ambulatoires proviennent des rapports supplémentaires de fin d'exercice sur L'Hôpital d'Ottawa du MSSLD. Il semble exister des contradictions entre les exercices au niveau des rapports sur les visites de jour/de nuit. Cependant, le volume global s'est accru de 13,4 % au cours de la période de cinq ans examinée. De plus, on a constaté une hausse de 5,8 % de la fréquentation des salles d'urgence durant la même période, et une diminution de 9,2 % de la fréquentation en clinique.

Figure 4.10
Tendances de l'activité de soins ambulatoires à L'Hôpital d'Ottawa

Statistiques ambulatoires	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	% de chang.
Visites d'urgence	131 566	127 575	125 561	132 962	139 243	5,8 %
Soins de jour/de nuit						
Cas de chirurgie et d'endoscopie	28 178	23 514	22 755	4 008	28 453	1,0 %
Visites de chirurgie et d'endoscopie	23 057	10 389	29 761	30 514	17 217	-25,3 %
Autres visites de soins de jour/de nuit	73 089	72 851	82 760	30 972	91 824	25,6 %
Total des visites de soins de jour/de nuit	96 146	83 240	112 521	61 486	109 041	13,4 %
Visites en clinique	447 976	436 898	436 280	425 306	406 549	-9,2 %

Source : rapports supplémentaires de fin d'exercice du MSSLD

4.2 Utilisation faite par les populations des programmes de l'Hôpital

La présente section du rapport porte surtout sur les tendances en matière d'utilisation des services de soins de santé par les résidents d'Ottawa-Carleton. Bien que L'Hôpital d'Ottawa soit le fournisseur principal de services aux résidents d'Ottawa-Carleton, d'autres hôpitaux de soins actifs et de nombreux fournisseurs de services autres qu'actifs partagent la responsabilité de répondre aux besoins en soins de santé de la population locale.

Ces comparaisons en matière d'utilisation qui sont basées sur la population tiennent lieu de contexte de l'interprétation des analyses propres à L'Hôpital d'Ottawa. L'analyse de l'utilisation des services autres qu'hospitaliers fournit un nouvel éclairage sur les tendances au niveau de l'utilisation des services hospitaliers. Par exemple, au sein d'une collectivité dont le système de soins primaires est sous-développé ou manque de ressources, on pourrait s'attendre à ce que l'utilisation de la salle d'urgence et des services d'hospitalisation des patients soit élevée, car l'hôpital tient lieu de « filet de sécurité » d'un système de santé inadéquat et non institutionnel.

Les taux d'utilisation présentés ici s'appuient sur l'utilisation des services de santé par les résidents de certaines municipalités (Ottawa-Carleton, ainsi que les trois autres municipalités de l'Ontario servies par des grands centres d'enseignement dans le domaine de la santé à savoir London, Toronto, et Hamilton). Ils comprennent les services de soins de santé fournis aux résidents de toutes les municipalités de l'Ontario. Ils ne comprennent pas les services assurés par les fournisseurs de soins de santé de la municipalité aux non

résidents. Dans les cas où c'est possible, les taux d'utilisation sont « normalisés en fonction de l'âge et du sexe » (à l'aide de cohortes établies en fonction de l'âge et du sexe sur une période de cinq ans) pour qu'on puisse s'ajuster aux écarts possibles dans la composition de la population suivant les critères de l'âge et du sexe.

À titre d'exemple de mesures fondées sur la population, le tableau suivant montre les données publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé dans *Les soins de santé au Canada 2000 : Un premier rapport annuel.*

Figure 4.11
Mesures du service du système hospitalier fondé sur la population par l'ICIS

Conseil régional de santé	Jours de plus que prévus	Cas ne requérant pas d'hosp	Hosp. pour fracture de la hanche	Hosp. pour pneum. et grippe	Cond. de soins ambul.	Section des césar.	AVAC	Faible poids à la naiss.
	Nbre de jours	% d'hosp.	Taux normal.	Taux normal.	Taux normal.	% d'accouch.	% de césar. précéd.	% de naiss.
	1998-1999	1998-1999	1997-1998	1997-1998	1997-1998	1997-1998	1997-1998	1997
Rang : Champlain Ottawa	**Le plus élevé**	**Bas**	**Très bas**	**Moy.**	**Moy.**	**Bas**	**Élevé**	**Élevé**
Champlain Ottawa	**0,02**	**6,5**	**548**	**1 172**	**318**	**17,0**	**36**	**5,9**
Sudbury et régions	-0,14	7,6	685	1 480	668	22,1	21	5,9
Nord-Ouest de l'Ontario	-0,17	7,9	671	1 283	633	20,3	32	4,3
Quinte, Kingston, Rideau	-0,22	5,7	688	1 441	352	21,2	31	5,7
Halton-Peel	-0,32	6,2	528	959	301	19,2	36	5,8
Muskoka Nipissing	-0,32	8,3	767	1 489	536	24,2	15	5,0
Hamilton-Wentworth	-0,33	5,1	566	993	239	18,7	39	6,2
Niagara	-0,36	7,0	577	922	473	18,7	32	5,6
Essex Kent Lambton	-0,40	8,1	603	1 015	610	18,3	40	5,8
Durham Hal. Kawartha	-0,44	7,1	696	1 384	338	21,0	28	5,5
Toronto	-0,47	6,3	559	931	316	20,1	32	6,6
Grey Bruce Huron Perth	-0,49	8,0	737	1 516	582	20,0	29	5,4
Thames Valley London	-0,54	7,1	672	901	321	14,8	43	5,5
Simcoe-York	-0,61	7,1	689	1 182	317	20,5	31	5,8
Waterloo-Welling.-Duff.	-0,71	6,0	640	1 131	307	17,2	39	5,1
Grand River Brantford	-0,96	5,7	619	1 304	483	17,3	38	5,3

Les résultats régionaux présentés dans le rapport de l'ICIS sont répartis par conseil régional de santé. La région d'Ottawa fait partie du conseil régional de santé de Champlain.

La durée de séjour dans un hôpital de soins actifs des résidents du CRS de Champlain est légèrement plus longue que la durée de séjour prévue qui a été calculée par l'ICIS. Le CRS de Champlain est la seule région en Ontario où les patients en

soins actifs ont une durée de séjour plus longue que la durée de séjour prévue par l'ICIS. Dans une section subséquente du présent rapport, on étudie les tendances en durée de séjour à LHO et on les compare avec les durées de séjour dans les autres hôpitaux d'enseignement de l'Ontario

Pour compléter l'analyse de l'utilisation d'hôpitaux dans le cadre de cette étude, le MSSLD fournit des données sur l'utilisation des hôpitaux autres que de soins actifs chez les résidents d'Ottawa-Carleton, de London, de Hamilton et de Toronto.

Figure 4.12
Comparaisons en matière d'utilisation des hôpitaux autres que de soins actifs par les populations servies par les grands centres hospitaliers universitaires

Indicateur d'utilisation	Dérivation	Population servie par des centres hospitaliers universitaires				Rang d'Ottawa
		London	Hamilton	Toronto	Ottawa	
Soins chroniques	Lits de 1999-2000 par 1 000 habitants de plus de 75 ans	15,8	14,0	14,2	12,7	Le plus bas
Soins de longue durée	Jours de 1998-1999 par habitants de plus de 75 ans	34,0	24,1	29,0	29,8	Moyen
Soins à domicile Soins d'intérieur	Heures de 1999-2000 par 1 000 habitants	103	231	155	175	Moyen
Soins à domicile Soins infirmiers	Heures de 1999-2000 par 1 000 habitants	295	493	471	478	Moyen
Réadaptation de patients hosp.	Cas de 1998-1999 par 10 000 habitants (norm. selon âge/sexe)	13,2	13,4	25,9	7,4	Le plus bas
Réadaptation de patients hosp.	Jours de 1998-1999 par 10 000 habitants (norm. selon âge/sexe)	357,0	488,0	794,0	376,0	Bas
Réadaptation de patients hosp.	Moyenne de 1998-1999 de la DS des patients hospitalisés	27,0	36,4	30,7	50,8	Le plus élevé
Médecins en soins primaires	Médecins non spécialistes de 1999 par 10 000 habitants	10,1	8,6	10,8	11,3	Le plus élevé
Hospitalisations « évitables »	Admissions par 10 000 habit. (norm. selon âge/sexe)	38,9	50,9	45,9	37,2	Le plus bas

Voici ce que montrent les résultats de la comparaison :

- Une utilisation/capacité plus faible des lits de malades chroniques à Ottawa. La Commission de restructuration des services de santé (CRSS) a établi une norme de planification de 8,23 lits de soins continus complexes par 1 000 habitants âgés de plus de 75 ans.
- L'utilisation/la capacité de lits de soins de longue durée (maison de soins infirmiers, foyer pour personnes âgées) est semblable à celle de Toronto, supérieure à celle de Hamilton, inférieure à celles de London.
- Les soins à domicile (soins infirmiers et services de femme d'intérieur) sont semblables à ceux de Toronto, supérieurs

à ceux de Hamilton, inférieurs à ceux de London.

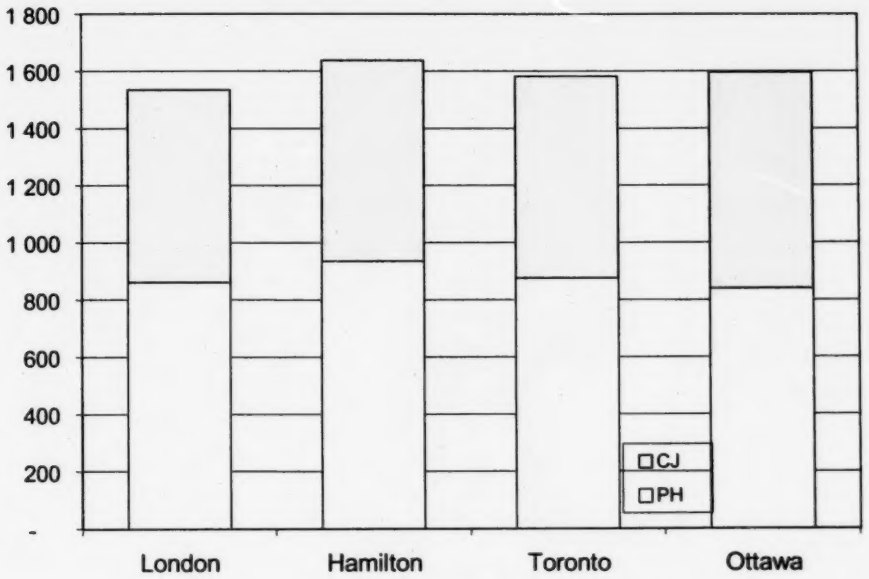
- Moins de patients ont accès à la réadaptation en étant hospitalisés à Ottawa, mais la DS est plus longue une fois admis (cette situation peut refléter une orientation vers la réadaptation neuroscientifique par rapport à une orientation vers la réadaptation musculosquelettique ailleurs, comme à Toronto).
- L'approvisionnement en médecins oeuvrant en soins primaires est bon. Rien ne prouve qu'il existe un taux élevé d'hospitalisation à des conditions relevant de traitements par des soins primaires.

En termes généraux, il ressort de ces comparaisons que la disponibilité de services de soins de santé non actifs pour les résidents d'Ottawa-Carleton ne diffère pas beaucoup de celle des résidents des trois autres grands centres d'enseignement en sciences de la santé. Toutefois, la fourniture et l'utilisation apparemment plus faibles de lits de malade chronique et de lits de réadaptation peuvent faire en sorte qu'il sera plus difficile pour les résidents d'Ottawa-Carleton d'être transférés à ces services tout de suite après la fin de leur séjour comme patients hospitalisés en soins actifs.

Aux fins de ces comparaisons portant sur l'utilisation de services de soins actifs, l'utilisation est mesurée en nombre de patients hospitalisés et de cas de CJ par 10 000 membres de la population normalisés selon l'âge et le sexe. On s'est servi de la population ontarienne de 1999 pour procéder à la normalisation afin que l'impact des différences dans la répartition des habitants en fonction de leur âge pour chaque collectivité puisse être atténué.

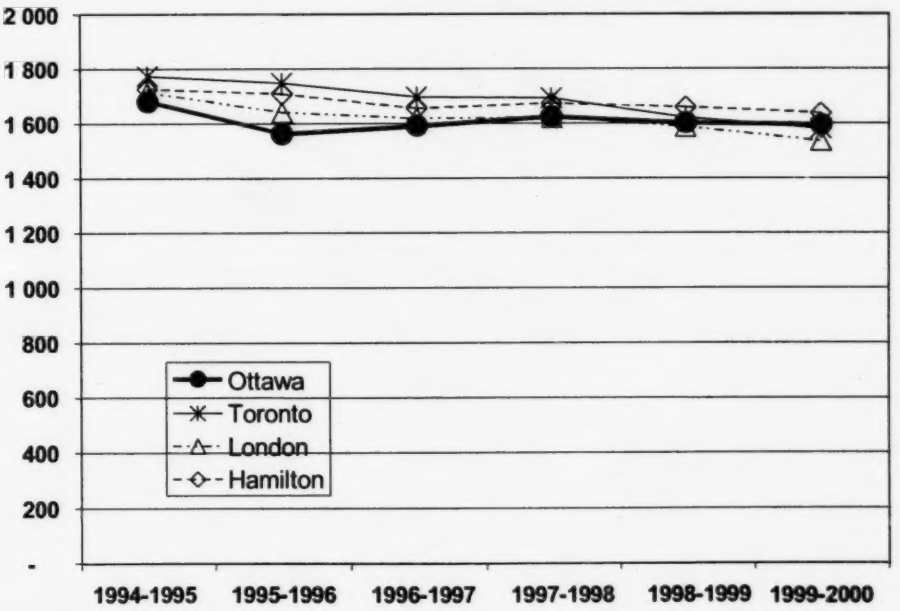
L'utilisation globale de services d'hôpitaux de soins actifs par les résidents d'Ottawa-Carleton est semblable à l'utilisation que font les résidents des autres grandes collectivités membres de l'AHSC (Toronto, Hamilton et London). Cette situation est conforme aux résultats d'autres études qui révèlent des taux d'utilisation (faibles) de soins actifs dans des collectivités qui s'en remettent aux grands hôpitaux d'enseignement.

Figure 4.13
Utilisation des soins actifs – Cas de PH et de CJ par 10 000 habitants normalisés – 1999-2000



Le taux d'utilisation des soins actifs est demeuré constant, à environ 1 600 mises en congé par 10 000 habitants chez les résidents d'Ottawa-Carleton pour les cinq dernières années.

Figure 4.14
Tendances d'utilisation des soins actifs – Cas de PH et de CJ par 10 000 habitants normalisés selon l'âge et le sexe



Lorsque l'utilisation des soins actifs est subdivisée (au moyen de la méthode Hay d'attribution de niveaux de soins pour les GC 1999, mais en traitant distinctement l'utilisation des soins

ambulatoires) par niveau de soins, seule l'utilisation des CJ pour les résidents d'Ottawa-Carleton est considérablement différente (et plus élevée) des autres régions.

Figure 4.15
Utilisation de soins actifs par niveau de soins - Cas par 10 000 habitants normalisés

Genre de service hospitalier	London	Hamilton	Toronto	Ottawa
CJ	673	700	703	756
PH primaire	384	416	414	387
PH secondaire	359	380	354	342
PH tertiaire	120	142	110	111
Total	1 535	1 637	1 581	1 596

Comme les analyses subséquentes le montreront, cette différence est entièrement imputable au taux élevé d'utilisation de la chirurgie ophtalmologique par les résidents d'Ottawa-Carleton.

4.2.1 Taux d'utilisation des programmes par la population

Quand l'utilisation des soins actifs est subdivisée par grand programme, le taux d'utilisation d'Ottawa-Carleton est plus bas (que celui des collectivités de comparaison) pour la médecine et plus élevé pour la chirurgie.

Figure 4.16
Utilisation des soins actifs par programme – Cas de PH et de CJ par 10 000 habitants normalisés

Genre de service hospitalier	London	Hamilton	Toronto	Ottawa
Médecine	273	347	301	261
Nouveau-nés	115	122	131	127
Obstétrique	131	130	133	133
Chirurgie	966	991	953	1 017
Psychiatrie	49	47	57	54
Autres	0	1	5	4
Total	1 535	1 637	1 581	1 596

Quand le taux d'utilisation est de nouveau subdivisé par la CCRS en fonction de l'intégration des programmes, le taux d'utilisation par la population d'Ottawa-Carleton n'est pas considérablement différent (recours à des intervalles de confiance de 95 %) de celui des trois autres collectivités pour tous les programmes, sauf l'ophtalmologie.

Figure 4.17

Utilisation des soins actifs par programmes – Cas de PH et de CJ par 10 000 habitants uniformisés

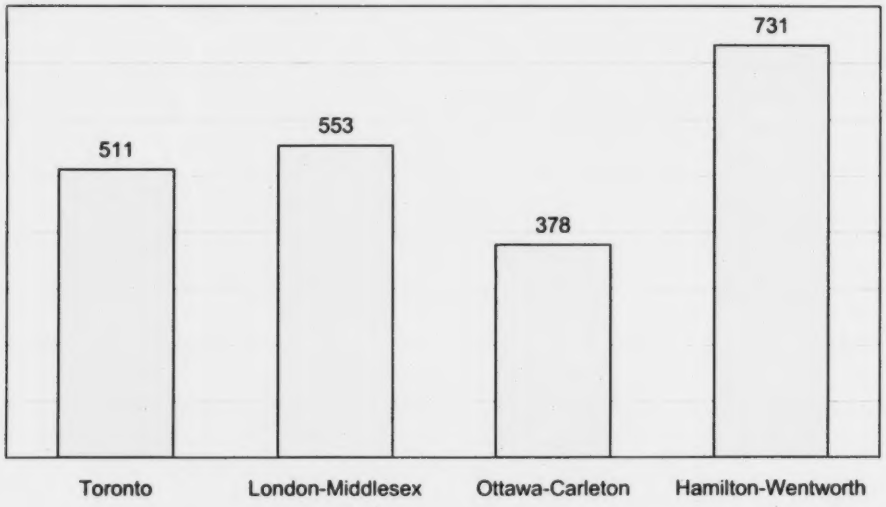
Examen cumulatif des programmes par la CRSS	Taux d'utilisation				Ottawa considérablement différent (95 % CI)?
	Toronto	London-Middlesex	Ottawa-Carleton	Hamilton-Wentworth	
Tous	1 580,5	1 535,4	1 575,7	1 637,2	Non
Chirurgie générale	279,0	274,9	290,9	327,4	Non
Médecine	271,9	244,4	231,1	317,9	Non
Ophtalmologie	**87,8**	**99,1**	**171,9**	**89,2**	**Plus élevé**
Urologie	181,6	162,8	144,8	136,9	Non
Obstétrique	132,7	130,9	132,6	130,0	Non
Gynécologie	128,6	116,5	129,9	116,9	Non
Orthopédie	112,4	159,4	128,6	159,1	Non
Néonatologie	131,0	115,3	126,7	122,0	Non
Oto-laryngologie	75,2	60,2	65,6	75,7	Non
Psychiatrie	56,8	49,2	53,9	47,1	Non
Oncologie	29,4	29,0	30,1	29,3	Non
Cardio./Thoracique	26,4	25,8	28,3	31,3	Non
Chirurgie vasculaire	18,4	23,6	19,5	16,9	Non
Neurochirurgie	14,4	19,6	18,7	20,7	Non
Chirurgie dentaire	14,3	17,0	13,4	9,0	Non
Chirurgie plastique	15,4	7,1	5,5	8,0	Non
Réadaptation	4,6	0,4	3,8	0,1	Non
Inclassable	0,6	0,1	0,1	-	Non

Le taux d'utilisation du programme d'ophtalmologie à Ottawa-Carleton s'établit à 171,9 mises en congé par 10 000 habitants uniformisés en fonction de l'âge et du sexe, soit 73 % de plus que la deuxième collectivité présentant les statistiques les plus élevées (London, à 99.1).

4.2.2 Autres taux d'utilisation des soins actifs

Les dossiers de l'ICIS prennent en charge la documentation des jours des « unités de soins spéciaux » (USS). La désignation USS vise à englober l'USI, l'USMPC, l'unité des brûlés, etc. L'identification des unités (et des journées de séjour dans ces unités) comme USS n'est pas nécessairement utilisée de manière uniforme dans l'ensemble des organisations. Toutefois, comme certains ont mentionné durant cet examen que le caractère adéquat de la capacité en soins intensifs de LHO pose problème, nous avons étudié le taux rapporté d'utilisation des jours d'USS fondé sur la population pour Ottawa-Carleton.

Figure 4.18
Jours de patients hospitalisés à l'Unité des soins spéciaux par 10 000 habitants normalisés en fonction de l'âge et du sexe



On constate une variation considérable dans les quatre collectivités d'enseignement des sciences de la santé au niveau des taux de jours d'USS, le taux le plus bas étant celui des résidents d'Ottawa-Carleton.

Autre niveau de soins – jours ANS

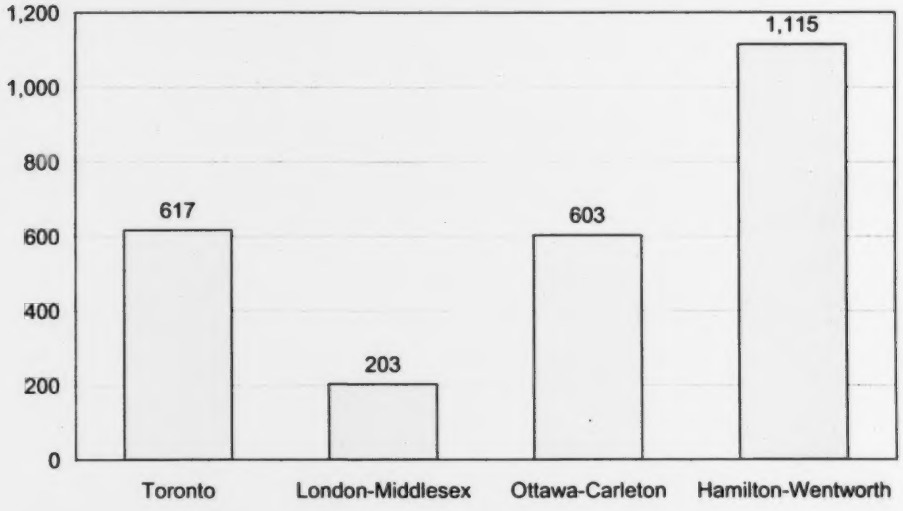
Les dossiers de mise en congé des patients hospitalisés dont les hôpitaux de l'Ontario font rapport à l'ICIS comprennent des documents sur la date à laquelle un patient hospitalisé n'a plus besoin de soins actifs. Les jours subséquents de soins dans un lit de soins actifs pour patient hospitalisé sont appelés des jours d'« autre niveau de soins » (ANS). C'est le MSSLD en Ontario qui a donné le mandat d'assurer un suivi complet des jours ANS. Pour sa part, l'ICIS fournit des lignes directrices pour aider les hôpitaux à identifier les patients et les jours ANS.

Comme les jours ANS sont le plus souvent associés aux patients plus âgés qui ont besoin d'une certaine forme de soins de longue durée après leur séjour en soins actifs, les mesures des jours ANS qui s'appuient sur la population ont été utilisées pour orienter l'investissement dans une éventuelle capacité de soins de longue durée.

La tendance qui marque l'utilisation des jours ANS dans les quatre collectivités des CHU suit de près celle de la répartition des lits de soins de longue durée. Hamilton possède la capacité la plus faible de lits de soins de longue durée et le taux le plus élevé de jours ANS (soit près du double de celui d'Ottawa et

de Toronto), tandis que London affiche la capacité la plus élevée de lits de soins de longue durée et le taux le plus bas de jours ANS (le tiers de ceux d'Ottawa et de Toronto). Quelque 466 nouveaux lits de soins de longue durée seront accessibles à Ottawa-Carleton avant la fin de 2002[80], ce qui portera la capacité des lits de soins de longue durée d'Ottawa-Carleton près de la capacité de London.

Figure 4.19
Jours ANS inscrits pour 1999-2000 par 10 000 résidents normalisés selon l'âge et le sexe – collectivités des Centres hospitaliers universitaires



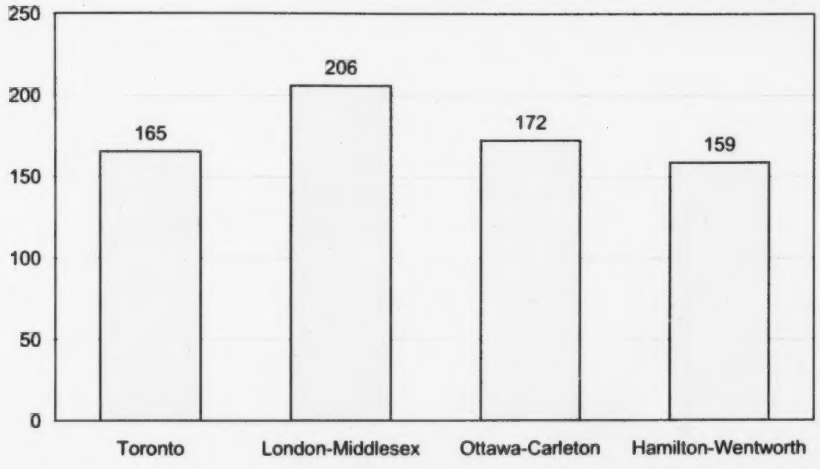
Les jours ANS inscrits comme données de l'ICIS pour L'Hôpital d'Ottawa en 1999-2000 sont moins nombreux que les jours ANS inscrits par le personnel de planification des mises en congé de L'Hôpital d'Ottawa. Le taux de jours ANS d'Ottawa-Carleton, qui s'appuie sur la population, peut être artificiellement faible si L'Hôpital d'Ottawa n'a pas procédé à une saisie exhaustive des jours ANS dans les dossiers de l'ICIS.

Taux d'utilisation de CRPNH

L'ICIS a fait d'un sous-ensemble de GC une catégorie intitulée « Cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation » (CRPNH). Le taux d'utilisation des jours CRPNH pour les résidents d'Ottawa-Carleton est plus faible que celui de London, mais il ne diffère pas considérablement de celui de Toronto et de Hamilton.

[80] Communication provenant du MSSLD , 3.12.01

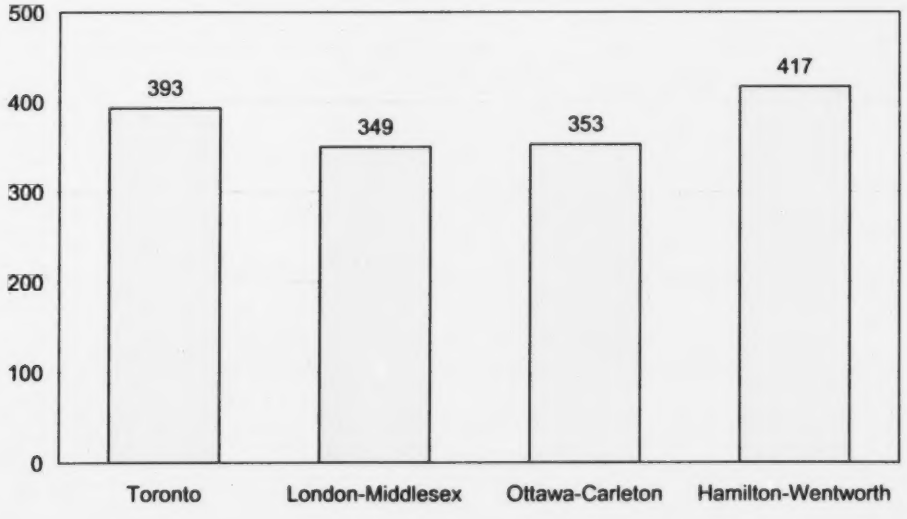
Figure 4.20
Jours CRPNH de 1999-2000 par 10 000 habitants normalisés – collectivités des CHU



Taux des admissions par la SU

Les résidents d'Ottawa-Carleton et de London montrent le taux le moins élevé d'admission aux soins actifs par la salle d'urgence.

Figure 4.21
Admissions en 1999-2000 par la SU par 10 000 habitants normalisés – collectivités des CHU



Dépenses hospitalières par habitant

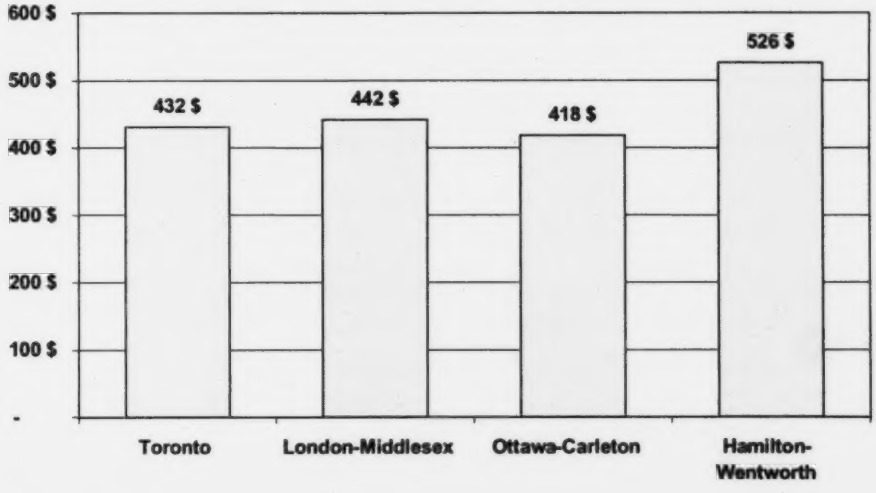
Le tableau qui suit illustre les dépenses hospitalières moyennes par habitant pour chacune des quatre collectivités des CHU.

C'est la combinaison des valeurs attribuées aux cas pondérés de l'Ontario (CPO) pour chaque patient hospitalisé et chaque cas de CJ pour les résidents en 1999-2000, d'une part, et du

coût par hôpital par CPO (fondé sur les données du CMPP de 1998-1999 concernant le coût par CPO).

Les résultats montrent une combinaison de taux d'utilisation et de structures de coût des hôpitaux dont dépendent la plupart des habitants pour recevoir des soins actifs. Seuls les soins et les coûts qui s'appliquent aux patients hospitalisés et aux patients en soins ambulatoires font l'objet de la comparaison. Il est impossible d'affecter les coûts des autres services (comme les visites d'urgence ou les soins en clinique ambulatoire) à des particuliers ou à des populations. Il n'est pas non plus possible de comparer le revenu par population, car le revenu (en particulier le financement par le MSSLD), plus précisément pour les soins aux patients hospitalisés et aux patients en soins ambulatoires, n'est pas établi.

Figure 4.22
Coût normalisé par hôpital (PH et CJ) par résident
(données de 1999-2000 de l'ICIS, coût par CPO en 1998-1999)



Les résidents d'Ottawa-Carleton montrent un coût de soins actifs par habitant légèrement inférieur à celui des résidents de Toronto et de London, et de 20 % inférieur à celui des résidents de Hamilton.

4.2.3 Occasions d'avoir moins recours à l'hôpital

Le taux de mise en congé des patients en soins actifs (PH et CJ) par 10 000 habitants chez les résidents d'Ottawa-Carleton est semblable à l'utilisation des soins actifs que font les résidents de Toronto, de Hamilton et de London. Le seul programme pour lequel l'utilisation des soins actifs faite par Ottawa-Carleton est largement supérieure est l'ophtalmologie

(surtout offert sous forme de chirurgie ambulatoire).

Figure 4.23
Cas d'ophtalmologie par 10 000 habitants, par unité et/ou par modalité – collectivités de CHU

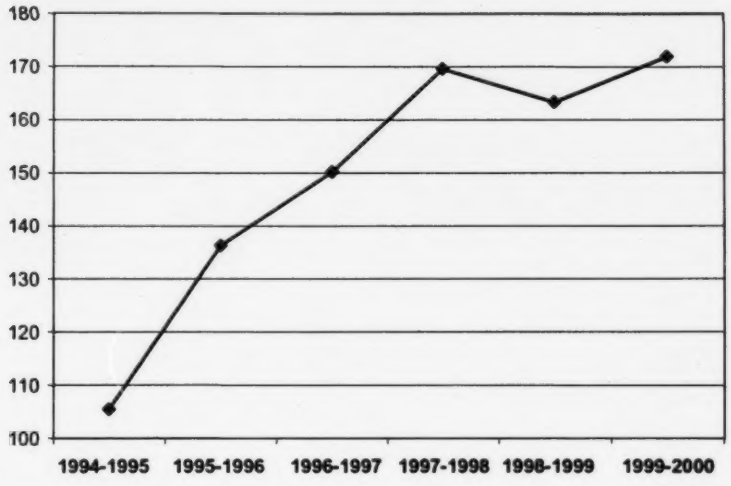
Modalités et/ou procédures		Toronto	London-Middlesex	Ottawa-Carleton	Hamilton-Wentworth
Patient hospitalisé		5,1	5,4	4,7	5,6
Procérures ambulatoires	Proc. orbitales et autres proc. de l'oeil	8,3	4,9	10,6	5,0
	Procédures des lentilles	63,4	68,2	117,3	66,7
	Proc. de l'iris et autres proc. de l'oeil	1,0	1,4	4,8	0,3
	Chirurgie-strabisme	2,2	1,7	3,1	2,3
	Procédures externes de l'oeil	7,7	17,5	31,5	9,4
Total-Ophtalmologie		87,8	99,2	172,0	89,3

Le taux élevé d'utilisation de l'ophtalmologie (par rapport aux autres collectivités) peut refléter :

- un besoin non comblé de services ophtalmologiques hospitaliers dans d'autres collectivités, qui mène à une utilisation inopportunément faible (comparativement aux taux qui pourraient être appropriés dans Ottawa-Carleton), ou,
- une utilisation trop grande des services ophtalmologiques hospitaliers à Ottawa-Carleton.

De 1994-1995 à 1997-1998, on a constaté une augmentation de 65 % dans les cas d'ophtalmologie à Ottawa-Carleton.

Figure 4.24
Tendance des cas d'ophtalmologie à Ottawa-Carleton par 10 000 habitants



Cette augmentation ne s'explique pas par les hausses de services ophtalmologiques non couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario. En effet, plus de 98 % de ces services dispensés à Ottawa-Carleton sont payés par l'Assurance-santé de l'Ontario.

Aucun renseignement accessible n'appuie la conclusion définitive selon laquelle les services d'ophtalmologie sont trop utilisés à Ottawa-Carleton. Toutefois, il serait possible de diminuer l'appui aux services ophtalmologiques hospitaliers pour les résidents d'Ottawa-Carleton sans défavoriser les résidents d'Ottawa-Carleton par rapport aux résidents des autres collectivités de l'Ontario.

Pour que l'accès aux soins dans les autres collectivités ontariennes soit plus uniforme, L'Hôpital d'Ottawa ne devrait pas accroître le nombre de chirurgiens ophtalmologiques nommés par l'Hôpital. De plus, en règle générale, L'Hôpital d'Ottawa ne devrait pas remplacer les chirurgiens ophtalmologiques qui quittent l'Hôpital. (On pourrait faire exception s'il s'agissait de remplacer des chirurgiens ophtalmologiques qui offraient des services uniques ne pouvant pas être dispensés par les autres membres actuels du personnel de l'Hôpital.) Avec le temps, cette mesure aura également pour effet de réduire les ressources consacrées à la chirurgie ophtalmologique (aux dépens des autres besoins en soins de la population).

Recommandations :

(21) L'Hôpital d'Ottawa devrait remplacer seulement

certains chirurgiens ophtalmologiques jusqu'à ce que les taux d'utilisation de la chirurgie ophtalmologique de la population d'Ottawa-Carleton soient plus conformes à ceux des autres collectivités de l'Ontario.

(22) L'Hôpital et le MSSLD devraient parrainer un examen clinique par un tiers de la nécessité de services ophtalmologiques pour les résidents d'Ottawa-Carleton.

Les comparaisons portant sur l'utilisation étaient essentiellement centrées sur les cas ou les taux de mise en congé par population, et non sur les taux de jours-patient. Bien qu'il puisse y avoir moins d'occasions apparentes de réduire le nombre de cas de soins actifs ou le taux de mise en congés de l'hôpital, les analyses de l'efficience clinique (présentées dans une section ultérieure du présent rapport) montrent qu'il est possible de faire diminuer la durée des séjours et de moins compter sur les lits de soins actifs pour patients hospitalisés sans réduire le nombre de patients traités dans les hôpitaux d'Ottawa. Cela laisse croire à une possibilité de faire diminuer le total des jours-patient et le taux des jours-patient.

4.3 Dépendance de la population à LHO

Les analyses présentées dans la section 4.2 du présent rapport s'appuyaient sur l'analyse des données de l'ICIS applicables aux résidents d'Ottawa-Carleton. Les analyses de la dépendance de la population à L'Hôpital d'Ottawa ont recours aux mêmes données de l'ICIS, mais elles identifient la partie de toutes les hospitalisations des résidents du bassin de population plus vaste de L'Hôpital d'Ottawa qui sont effectuées par cet Hôpital.

4.3.1 La part du marché du programme de LHO

Le tableau qui suit montre, pour 1999-2000, le pourcentage de tous les cas de patients hospitalisés et de patients qui se qualifient (cas de CJ) pour recevoir des soins ambulatoires prodigués par L'Hôpital d'Ottawa. Il s'agit des résidents de chaque collectivité. Cette analyse comprend la révision et la correction des données de L'Hôpital d'Ottawa[81].

[81] En 1999-2000, les patients de L'Hôpital d'Ottawa qui résidaient dans certaines collectivités ne se sont pas vus attribuer avec exactitude un code de résidence.

Aux fins de la présente analyse, tous les cas d'ophtalmologie de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de 1999-2000 ont été reclassés en activités de L'Hôpital d'Ottawa.

Figure 4.25
Pourcentage de mises en congé de PH et de CJ chez les résidents ayant reçu des soins de L'Hôpital d'Ottawa (1999-2000)

Code de rés.	Nom du code résidence	Volume total - LHO	Part de marché en % LHO					
			Primaire	Second.	CJ	Non-tertiaire	Tertiaire	Total
2501	OTTAWA	42 876	73 %	74 %	75 %	74 %	81 %	75 %
2508	GLOUCESTER	10 843	69 %	68 %	69 %	69 %	72 %	69 %
2514	NEPEAN	10 605	59 %	56 %	61 %	59 %	68 %	60 %
2506	CUMBERLAND	4 116	67 %	65 %	65 %	66 %	72 %	66 %
2512	KANATA	3 398	49 %	46 %	51 %	49 %	58 %	50 %
2502	VANIER	1 859	44 %	46 %	57 %	51 %	74 %	52 %
2515	OSGOODE	1 669	71 %	71 %	70 %	70 %	80 %	71 %
2517	GOULBOURN	1 568	42 %	41 %	49 %	45 %	62 %	46 %
3401	CORNWALL	1 427	4 %	15 %	10 %	10 %	44 %	12 %
3021	CLARENCE-ROCKLAND	1 274	39 %	48 %	40 %	42 %	78 %	43 %
2518	RIDEAU	1 038	54 %	63 %	70 %	65 %	79 %	66 %
2519	CARLETON OUEST	990	30 %	42 %	43 %	39 %	61 %	41 %
1632	GRENVILLE NORD	911	31 %	31 %	38 %	34 %	73 %	36 %
3201	PEMBROKE	786	3 %	15 %	32 %	17 %	58 %	20 %
3018	RUSSELL	785	46 %	45 %	43 %	44 %	75 %	46 %
1521	MISSISSIPPI MILLS	739	10 %	26 %	40 %	27 %	66 %	30 %
3431	DUNDAS NORD	737	17 %	31 %	36 %	29 %	75 %	32 %
3204	RENFREW	606	19 %	25 %	32 %	27 %	62 %	30 %
1503	CARLETON PLACE	525	16 %	23 %	33 %	26 %	60 %	27 %
3001	HAWKESBURY	517	8 %	25 %	25 %	20 %	65 %	23 %
3202	ARNPRIOR	485	16 %	18 %	39 %	26 %	54 %	27 %

À titre d'exemple, en 1999-2000, L'Hôpital d'Ottawa a enregistré 42 876 mises en congé chez les résidents d'Ottawa. L'Hôpital d'Ottawa a fourni 73 % de tous les soins hospitaliers intégraux, 74 % des soins secondaires, et 75 % des chirurgies de jour utilisées par les résidents d'Ottawa. Pour ce qui est de toute l'activité autre que tertiaire combinée, L'Hôpital d'Ottawa fournit 74 % des services hospitaliers utilisés par les résidents d'Ottawa (les 26 % ayant été dispensés par d'autres fournisseurs, comme l'HEEO, l'Hôpital Monfort, ainsi que l'Hôpital Queensway Carleton. L'Hôpital d'Ottawa a prodigué 81 % des soins tertiaires aux résidents d'Ottawa.

Le fichier de conversion des codes postaux du MSSLD facilitatait la nouvelle attribution de codes de résidence, en fonction des codes postaux complets.

Les cartes de la page suivante illustrent la part de marché en pourcentage de L'Hôpital d'Ottawa pour l'activité tertiaire et autre que tertiaire. Plus la partie est ombragée, plus la part de marché est grande (les parties noires sont celles dont L'Hôpital d'Ottawa fournit plus de 50 % des soins).

Figure 4.26
Pourcentage de la part de marché de L'Hôpital d'Ottawa pour les hospitalisations non tertiaires de résidents de l'est de l'Ontario

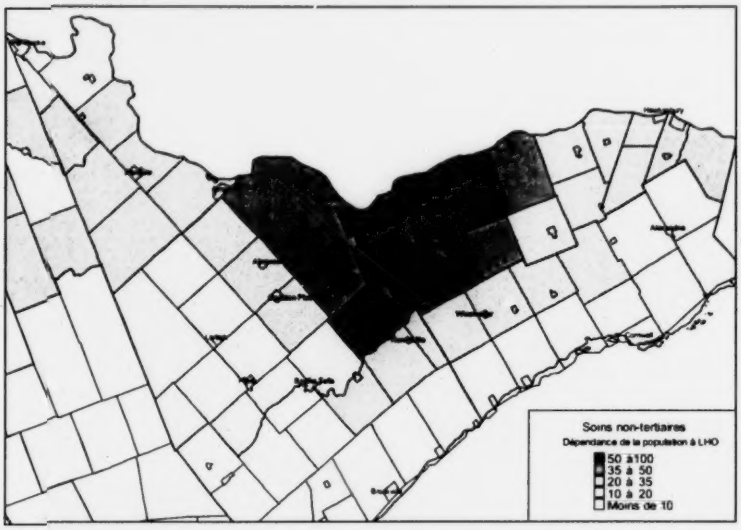
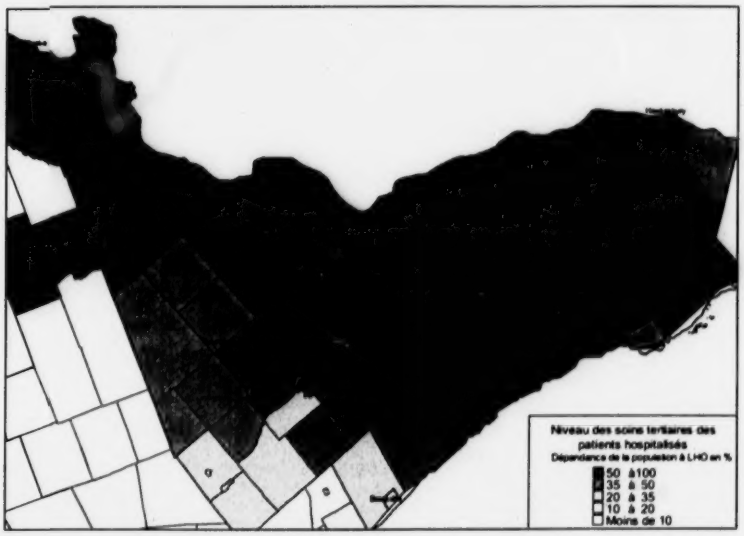


Figure 4.27
Pourcentage de la part de marché de L'Hôpital d'Ottawa pour les hospitalisations tertiaires de résidents de l'est de l'Ontario



L'Hôpital d'Ottawa est le plus grand fournisseur de soins tertiaires d'une grande région géographique. Le rôle non

tertiaire de L'Hôpital d'Ottawa est plus limité aux collectivités rapprochées d'Ottawa, mais il s'étend à la vallée d'Ottawa.

4.3.2 Utilisation par les patients de l'extérieur de la circonscription hospitalière

Il existe un autre mode d'évaluation de l'ampleur géographique du rôle de L'Hôpital d'Ottawa; elle consiste à étudier quel pourcentage des soins autres que tertiaires dispensés par L'Hôpital d'Ottawa sont prodigués à des patients qui vivent à l'extérieur de la région d'Ottawa-Carleton. Aux fins de ces analyses, l'activité du programme d'ophtalmologie de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut de 1999-2000 a été englobée dans l'activité de L'Hôpital d'Ottawa.

Dans l'ensemble, 23 % de l'activité autre que tertiaire de L'Hôpital d'Ottawa a été fournie à des non résidents d'Ottawa-Carleton. Les programmes ayant les volumes les plus élevés de non résidents et le pourcentage que représente le programme dans l'ensemble de l'activité de LHO pour les non résidents sont :

- l'ophtalmologie, avec 5 012 cas, soit 22 % de l'ensemble de l'activité de LHO pour les non résidents;
- la chirurgie générale, avec 2 977 cas, soit 13 % de l'activité de LHO pour les non résidents;
- la gynécologie, avec 2 014 cas, soit 9 % de l'activité pour les non résidents.

Figure 4.28
Pourcentage de l'activité non tertiaire de L'Hôpital d'Ottawa fournie aux non résidents d'Ottawa-Carleton, par programme

Catégorie de groupe de programmes	Activité non-tertiaire de LHO pour les non-résidents d'Ottawa-Carleton		
	Cas de PH et de CJ	% de toutes les activités de LHO du programme	% de toutes les activités de LHO pour les non-résidents
Cardio./Thoracique	227	49 %	1 %
Pas de l'Hôp. Gén.	98	38 %	0 %
Traumatologie	608	33 %	3 %
Oncologie	537	32 %	2 %
Cardiologie	1 094	32 %	5 %
Néphrologie	108	31 %	0 %
Oto-laryngologie	1 105	30 %	5 %
Ophtalmologie	5 012	30 %	22 %
Rhumatologie	27	30 %	0 %
Chirurgie vasculaire	330	30 %	1 %
Orthopédie	1 472	29 %	7 %
Neurochirurgie	245	28 %	1 %
Hématologie	84	25 %	0 %
Dermatologie	13	25 %	0 %
Total/moyenne de LHO	22 305	23 %	100 %
Neurologie	298	23 %	1 %
Médecine générale	353	23 %	2 %
Gynécologie	2 014	22 %	9 %
Gastro./Hépato-biliaire	512	21 %	2 %
Chirurgie plastique	33	21 %	0 %
Chirurgie générale	2 977	20 %	13 %
Urologie	1 649	19 %	7 %
Chirur. dent./bucco-dent.	94	17 %	0 %
Endocrinologie	94	17 %	0 %
Obstétrique	1 599	17 %	7 %
Psychiatrie	271	17 %	1 %
Néonatologie	1 175	16 %	5 %
Soins pulmonaires	271	15 %	1 %
Réadaptation	5	6 %	0 %
Inclassable	-	0 %	0 %

Parallèlement à l'examen clinique effectué à L'Hôpital d'Ottawa, un examen de l'Hôpital Queensway-Carleton est en cours, de même qu'une initiative de planification stratégique du réseau de la vallée de l'ouest d'Ottawa (les plus petits hôpitaux de la vallée de l'ouest d'Ottawa et l'Hôpital Queensway-Carleton, l'hôpital de niveau C proposé pour faire partie du réseau). Ces autres initiatives étudient les occasions de rapatrier des services hospitaliers, qui sont présentement fournis à Ottawa aux résidents de la vallée de l'ouest d'Ottawa, vers l'Hôpital Queensway-Carleton ou de plus petits hôpitaux du réseau de la vallée de l'ouest d'Ottawa. Le tableau

qui suit montre les volumes et le pourcentage de l'activité non tertiaire de LHO fournie aux résidents des comtés de Lanark, Leeds, Grenville et Renfrew.

Figure 4.29
Pourcentage du total de l'activité non tertiaire de LHO fournie aux résidents de Lanark, Leeds, Grenville et Renfrew

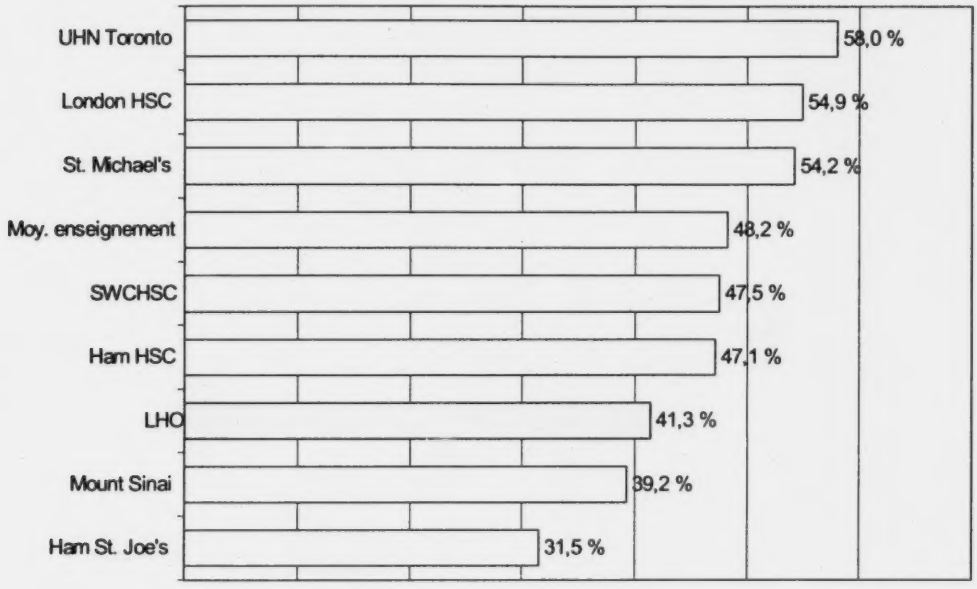
Catégorie de groupe de programmes	Activité non tertiaire de LHO pour les résidents de Lanark, Leeds, Grenville, Renfrew	
	Cas	% du total de l'activité de LHO
Ophtalmologie	2 799	17 %
Chirurgie générale	1 055	7 %
Gynécologie	552	6 %
Urologie	545	6 %
Obstétrique	525	6 %
Orthopédie	523	10 %
Cardiologie	491	14 %
Néonatologie	378	5 %
Oto-laryngologie	289	8 %
Traumatologie	250	14 %
Oncologie	202	12 %
Gastro./Hépato-biliaire	188	8 %
Chirurgie vasculaire	124	11 %
Médecine générale	117	7 %
Neurologie	112	9 %
Psychiatrie	110	7 %
Neurochirurgie	93	11 %
Cardio./Thoracique	91	20 %
Soins pulmonaires	78	4 %
Chirur. dent./bucco.-dent.	58	11 %
Néphrologie	42	12 %
Pas de l'Hôp. Gén.	36	14 %
Endocrinologie	31	6 %
Hématologie	21	6 %
Chirurgie plastique	16	10 %
Rhumatologie	5	6 %
Dermatologie	3	6 %
Réadaptation	1	1 %
Inclassable	-	0 %
Total	8 735	9 %

Seulement 9 % de l'activité non tertiaire de L'Hôpital d'Ottawa s'adresse aux résidents de ces comtés. Toutefois, près de 4 000 cas d'ophtalmologie et de chirurgie générale de L'Hôpital d'Ottawa sont des cas de résidents de ces comtés.

4.3.3 Possibilités de rapatriement

L'Hôpital d'Ottawa offre moins de soins tertiaires en général que la plupart des autres hôpitaux d'enseignement de l'Ontario.

Figure 4.30
Pourcentage du total des cas pondérés de l'Ontario provenant de la contribution des cas tertiaires pour certains hôpitaux d'enseignement de l'Ontario – 1999-2000



Les statistiques ci-dessus n'intègrent pas toutes les répercussions du transfert de l'activité d'ophtalmologie de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut à L'Hôpital d'Ottawa. L'ajout de cette activité principalement non tertiaire dans la base des cas pondérés de L'Hôpital d'Ottawa diluerait encore davantage l'importance accordée aux soins tertiaires.

De plus, l'activité de l'Institut de cardiologie d'Ottawa fait partie des données de L'Hôpital d'Ottawa. Si cette activité était séparée de celle de L'Hôpital d'Ottawa, le pourcentage d'activité tertiaire du reliquat de l'activité de L'Hôpital d'Ottawa diminuerait encore davantage.

Compte tenu des volumes actuels de L'Hôpital d'Ottawa, la diminution des volumes non tertiaires de L'Hôpital d'Ottawa ne mettrait vraisemblablement pas en péril la masse critique des activités cliniques nécessaires à l'enseignement et à la recherche. Une telle réduction, en particulier si elle est réalisée en transférant l'activité à des hôpitaux d'enseignement à moindre coût, pourrait faire diminuer le coût global de la

prestation de soins, permettre à plus de résidents des collectivités de l'extérieur d'Ottawa-Carleton de se faire soigner plus près de chez eux, et donner à LHO un profil clinique plus conforme à celui d'autres grands hôpitaux d'enseignement de l'Ontario.

L'Hôpital Queensway-Carleton élabore un projet de rôle révisé à son intention (qui comprend une capacité accrue et un service plus développé). Tel qu'exigé par le Comité d'établissement de liens (un comité comptant des représentants de LHO et de l'HQC procède à l'examen, en ayant comme mandat d'assurer l'uniformité des analyses et des orientations proposées), au fur et à mesure que ce rôle révisé sera énoncé, les hypothèses de rapatriement de l'HQC seront étudiées dans le cadre de l'examen clinique de LHO, des points de vue de la faisabilité, de l'impact possible sur les ressources, et des préalables nécessaires pour modifier les tendances en matière d'utilisation de l'hôpital qu'affichent les patients et les médecins.

Si la capacité de l'HQC (et de l'Hôpital Montfort) suffit à permettre des augmentations du volume de patients, L'Hôpital d'Ottawa devrait étudier les possibilités de reloger certains de ses soins hospitaliers primaires dans ces hôpitaux communautaires. Cet effort devrait être centré tout d'abord sur l'obstétrique, service dont les besoins peuvent être facilement comblés avec les ressources d'un hôpital communautaire. Dans le cadre conjoint de la planification actuelle du rôle de l'HQC et de la mise en place de réseaux hospitaliers ruraux dans la région d'Ottawa, le MSSLD, bénéficiant de l'appui du CRS de Champlain, devrait faciliter le transfert de l'activité non tertiaire de L'Hôpital d'Ottawa aux hôpitaux communautaires régionaux.

Recommandations :

(23) Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait constituer un comité mixte de planification pour élaborer des stratégies afin d'appuyer le rapatriement des soins hospitaliers non tertiaires de L'Hôpital d'Ottawa aux hôpitaux communautaires de la région d'Ottawa.

4.4 Efficience clinique

4.4.1 Analyse comparative de l'efficience clinique par programme

Dans cet examen, l'analyse comparative de l'efficience clinique (recours à la procédure ambulatoire et à la durée de séjour des patients hospitalisés) s'appuie sur l'analyse des données de l'ICIS de 1999-2000 sur certains hôpitaux d'enseignement de l'Ontario. Les analyses reposent sur les méthodes utilisées par l'étude annuelle de la base de données comparative de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU). L'Hôpital d'Ottawa participe à l'étude de l'ACISU et reçoit comme résultat des données sur le rendement comparatif. Le comparaisons effectuées par l'ACISU n'ont pas encore été intégrées aux processus ou aux rapports sur la gestion de l'utilisation de LHO.

On a utilisé des objectifs précis pour estimer la capacité de LHO de réduire le nombre de ses lits de patients hospitalisés en :

- transférant des patients hospitalisés en services de soins ambulatoires,
- réduisant la durée de séjour (DS) des patients hospitalisés.

Les objectifs sont tirés des hôpitaux d'enseignement de l'Ontario et sont propres à chaque GC, à la complexité, et aux catégories d'âge. Un hôpital ne peut fixer un objectif possible de catégorie d'âge que si l'hôpital présente plus de 30 cas de cette catégorie au cours de l'exercice 1999-2000. Au moyen de ce critère, les objectifs d'efficience clinique sont établis pour seulement 24 % des catégories d'âge, ce qui représente 82 % des cas types et extrêmes et 67 % des jours types et extrêmes.

Les objectifs en termes de durée moyenne de séjour sont établis en procédant à l'évaluation des possibilités de faire passer les cas de court séjour de patients hospitalisés (3 jours ou moins) aux chirurgies de jour, en tenant compte du séjour plus long des autres patients hospitalisés.

Les objectifs d'efficience clinique sont calculés sur la base du 25^{e} centile (le niveau de rendement, dans le cadre duquel le 1/4 des hôpitaux [ayant un volume suffisant] sont plus dynamiques, et le 3/4 sont moins dynamiques). De plus, l'impact du rendement des « pratiques exemplaires » (utilisation plus grande des soins ambulatoires et durée de séjour plus courte, les exigences minimales en termes de volume étant respectées) est illustré.

Les objectifs qui portent sur la DS s'appuient sur la durée de séjour totale (y compris les jours ANS) uniquement pour les cas types et les cas aberrants combinés. Aucune hypothèse

n'est formulée en ce qui concerne les occasions de réduire la durée de séjour dans les cas de transferts de soins actifs, de décès ou de sorties contre l'avis des médecins. Ces cas exclus représentent 11 % des mises en congé et 26 % des jours de patients hospitalisés pour L'Hôpital d'Ottawa.

Pour découvrir quels sont les jours-patient hospitalisé que l'on pourrait réduire, et qui sont le moins tributaires des changements externes et des investissements, on a repéré les jours ANS liés aux cas en se prêtant à des économies, puis on les a déduits du total des prévisions.

Figure 4.31
Résultats de l'application du rendement comparatif de l'hôpital d'enseignement de l'Ontario aux occasions d'estimation visant à réduire le recours aux jours de patients hospitalisés en 1999-2000

Hôpital	Cas PH	Jours totaux	Jours à épargner au 25e centile	Jours ANS à épargner au 25e centile	Jours nets à épargner au 25e centile	% des jours totaux à épargner au 25e centile	Équivalent en lits (occ. 90 %) au 25e centile	% des jours totaux à épargner grâce aux meilleures pratiques
Ham St. Joe's	21 825	134 814	14 971	6 347	8 625	6,4 %	26,3	8,4 %
Hamilton HSC	39 176	312 592	25 440	9 322	16 117	5,2 %	49,1	6,9 %
London HSC	35 404	234 843	15 960	479	15 482	6,6 %	47,1	8,5 %
Mt. Sinai	18 615	115 677	9 238	938	8 301	7,2 %	25,3	8,9 %
Ottawa	**55 395**	**394 161**	**53 439**	**10 231**	**43 207**	**11,0 %**	**131,5**	**13,2 %**
St. Mike's	22 877	136 927	15 535	1 070	14 465	10,6 %	44,0	12,5 %
SWC HSC	31 580	217 916	24 967	3 329	21 638	9,9 %	65,9	12,3 %
UHN Toronto	39 300	284 990	18 379	478	17 901	6,3 %	54,5	7,9 %
Total	264 172	1 831 920	177 930	32 194	145 736	8,0 %	443,6	9,9 %

Au niveau du 25e centile, on estime qu'en 1999-2000, L'Hôpital d'Ottawa aurait pu réduire son utilisation de 53 439 jours-patient hospitalisé. Cette estimation comprend toutefois 10 231 jours ANS. Si on soustrait les jours ANS, il reste 43 207 jours, soit 11 % du nombre réel de jours-patient hospitalisé utilisés en 1999-2000 et environ 132 lits/berceaux (selon un taux d'occupation de 90 %). Au niveau du rendement fondé sur des « pratiques exemplaires », la possibilité estimée de diminuer les jours-patient hospitalisé augmente à 13,2 %.

En 1999-2000, selon les estimations, L'Hôpital d'Ottawa est celui qui, parmi tous les hôpitaux d'enseignement de l'Ontario, aurait pu le plus facilement réduire le nombre de jours de soins actifs dispensés aux patients hospitalisés.

Portion attribuable à l'Institut de cardiologie

Selon la répartition par campus des économies prévues dans les CGP de chirurgie cardio-thoracique et de cardiologie, 6 873 (ou 16 %) des jours potentiellement conservables (ou 20,9 lits), à l'exclusion des jours ANS, sont liés aux activités de l'Institut de cardiologie.

Autre approche : utilisation de la durée prévue de séjour par l'ICIS

Une autre approche de l'évaluation des occasions de diminuer la durée de séjour consiste à se servir de la durée prévue de séjour de l'ICIS pour les cas « types » afin d'établir des objectifs propres aux catégories d'âge. La durée prévue de séjour (DPS) ne devrait pas être utilisée comme objectif absolu. Elle devrait plutôt servir à évaluer le rendement relatif. Presque tous les hôpitaux de l'Ontario, et la plupart des hôpitaux d'enseignement, affichent des durées de séjour « types » plus courtes que la DPS de l'ICIS. Dans toutes les régions de l'Ontario (sauf Ottawa), les séjours moyens en soins actifs des patients sont moins longs que la DPS de l'ICIS.

Le tableau qui suit montre les résultats de la comparaison des durées de séjour réelles dans les hôpitaux d'enseignement de l'Ontario aux DPS de l'ICIS.

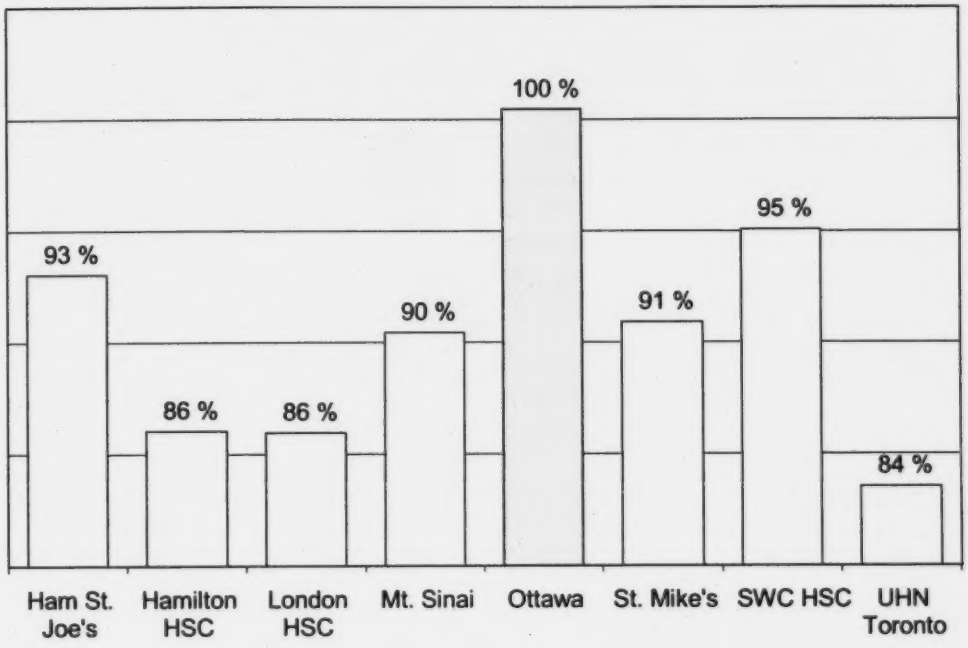
Figure 4.32
Impact de l'obtention d'un rendement au 25e centile par rapport à la DPS de l'ICIS pour les cas « types »

Hôpital	Jours types réels en % des attentes de l'ICIS		Modif. des jours types – objectifs du 25e centile		Modif. des exigences-lits (occ. à 90 %) – objectif du 25e centile	
	Y compris les ANS	Excluant les ANS	Y compris les ANS	Excluant les ANS	Y compris les ANS	Excluant les ANS
Ham St. Joe's	93,0 %	89,8 %	(6 797)	(5 406)	(21)	(16)
Hamilton HSC	86,0 %	81,7 %	(35)	5 253	(0)	16
London HSC	86,0 %	84,8 %	90	(1 061)	0	(3)
Mt. Sinai	90,5 %	88,1 %	(3 810)	(3 338)	(12)	(10)
Ottawa	**100,4 %**	**96,8 %**	**(36 930)**	**(32 202)**	**(112)**	**(98)**
St. Mike's	90,9 %	88,7 %	(4 389)	(4 047)	(13)	(12)
SWC HSC	95,1 %	91,4 %	(13 995)	(11 035)	(43)	(34)
UHN Toronto	83,5 %	82,4 %	5 910	4 269	18	13
Total	90,6 %	87,9 %	(59 957)	(47 567)	(183)	(145)
Objectif – 25e centile	86,0 %	84,2 %				

En 1999-2000, les jours types réels de LHO étaient à peu près équivalents aux jours types prévus de l'ICIS. Pour tous les autres hôpitaux d'enseignement de l'Ontario, les jours réels

étaient moindres que les jours prévus. Le rendement au niveau du 25^{e} centile pour les hôpitaux d'enseignement de l'Ontario équivalait aux jours types réels correspondant à 86 % des jours prévus de l'ICIS.

Figure 4.33
Jours-patient hospitalisé réels de cas types comme pourcentage des jours-patient hospitalisé prévus des cas types de l'ICIS – 1999-2000

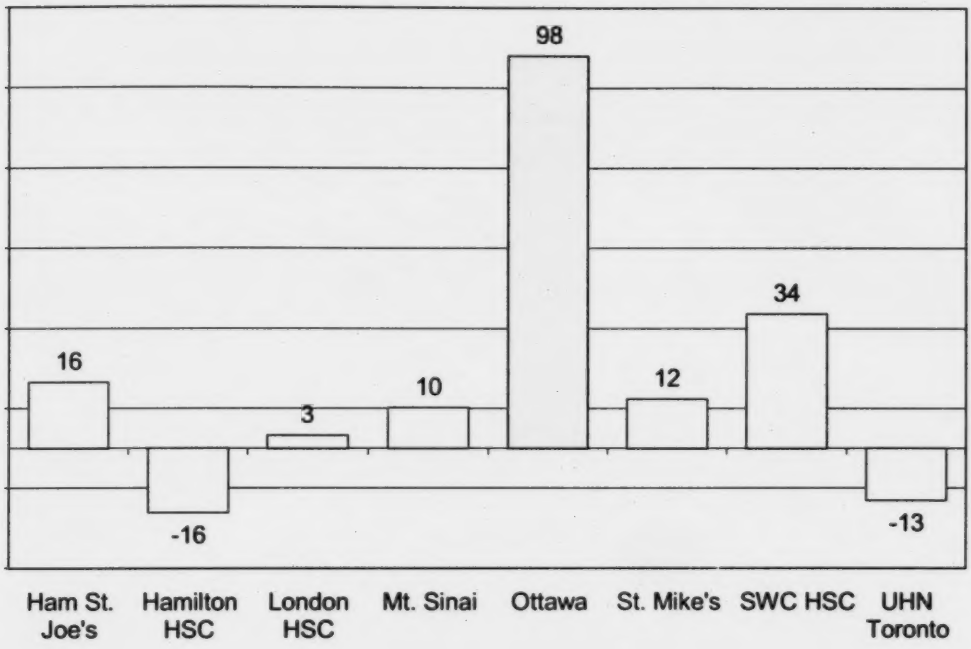


Si LHO était en mesure de fonctionner à une durée de séjour moyenne pour les patients types équivalant à 86 % de la DPS de l'ICIS, 112 lits/berceaux pour patients hospitalisés de moins auraient été nécessaires pour ces patients en 1999-2000 (selon un taux d'occupation de 90 %). Ces résultats ne comprennent pas l'impact possible d'une réduction de la durée de séjour pour les cas aberrants.

Bien qu'en 1999-2000 la DPS de l'ICIS s'appuyait sur le séjour total des patients types, y compris les jours ANS, nous avons également calculé l'impact du retrait des cas types de jours ANS des estimations d'économies de jours. Dans le cas de LHO, l'estimation de la réduction possible des lits pour patients hospitalisés est abaissée à 98 lits/berceaux (à l'exclusion des possibilités de réduire la DPS applicable aux cas aberrants).

Figure 4.34
Économies prévues pour que les hôpitaux d'enseignement de l'Ontario réduisent

l'utilisation des lits/berceaux pour patients hospitalisés au rendement au 25e centile par rapport à la DPS de l'ICIS, après extraction des jours ANS



Répercussions du 1er quartile par programme

Le tableau qui suit montre la possibilité de réduire l'utilisation des lits/berceaux pour patients hospitalisés par catégorie de groupe de programmes (CGP) du MSSLD à l'aide des objectifs concernant le 25e centile des soins ambulatoires et de la durée de séjour dans les hôpitaux d'enseignement de l'Ontario. Le tableau présente un tri par possibilité de réduction descendante des lits/berceaux.

Figure 4.35
Évaluation de la réduction possible des jours PH à l'objectif par groupe de programme de LHO

CGP	Nom des CGP	Total des jours PH	Total des cas PH	Jours à épargner au 25e centile	Jours ANS dans l'est. des économies	Jours nets à épargner après le retrait des ANS	Jours PH résultant	Est. des lits à épargner à 90 %
15	Cardio./Thoracique	36 443	3 893	5 228	4	5 224	31 219	15,9
23	Chirurgie générale	44 278	4 301	4 816	260	4 556	39 722	13,9
1	Orthopédie	22 536	3 070	4 676	324	4 352	18 184	13,2
6	Traumatologie	28 882	2 285	6 205	2 246	3 959	24 923	12,1
10	Obstétrique	28 018	9 298	3 733	9	3 724	24 294	11,3
22	Gastro./Hépato-biliaire	13 274	2 494	2 812	55	2 757	10 517	8,4
14	Cardiologie	23 851	3 839	2 979	552	2 427	21 424	7,4
17	Oncologie	29 106	2 410	2 278	29	2 249	26 857	6,8
7	Urologie	10 328	1 999	2 403	244	2 159	8 169	6,6
11	Néonatologie	28 521	7 815	2 229	112	2 117	26 404	Berceaux
20	Psychiatrie	30 921	1 715	3 243	1 476	1 767	29 154	5,4
3	Neurochirurgie	7 340	660	1 832	124	1 708	5 632	5,2
9	Gynécologie	6 676	1 918	1 422	-	1 422	5 254	4,3
16	Soins pulmonaires	18 999	1 959	3 091	2 062	1 029	17 970	3,1
25	Chirurgie vasculaire	10 033	775	1 069	107	962	9 071	2,9
2	Neurologie	18 315	1 496	3 236	2 379	858	17 457	2,6
24	Médecine générale	14 146	1 772	895	74	821	13 325	2,5
12	Oto-laryngologie	2 832	889	484	-	484	2 348	1,5
21	Ophtalmologie	1 100	693	163	-	163	938	0,5
18	Hématologie	1 879	383	115	-	115	1 764	0,4
19	Endocrinologie	4 616	590	281	175	106	4 510	0,3
26	Chirurgie plastique	2 097	103	103	-	103	1 994	0,3
8	Néphrologie	3 784	438	81	-	81	3 703	0,2
4	Rhumatologie	1 384	119	36	-	36	1 348	0,1
97	Pas d'Hôp. Gén.	298	256	12	-	12	286	0,0
5	Dermatologie	712	63	12	-	12	700	0,0
13	Chirur. dent./bucco-dent	42	15	4	-	4	38	0,0
99	Inclassable	143	7	-	-	-	143	-
27	Réadaptation	3 607	140	-	-	-	3 607	-
Total		394 161	55 395	53 439	10 231	43 207	350 954	125,1

Occasion de passer des soins aux patients hospitalisés aux soins ambulatoires

Bien que les estimations qui précèdent soient fondées sur les possibilités d'économies réalisées au moyen du passage aux soins ambulatoires et de la réduction de la durée de séjour, les possibilités d'économies réalisées au titre des soins ambulatoires sont beaucoup moindres que les possibilités de réduction de la durée de séjour. Nous avons présumé que seuls les cas de séjour de 1, 2 ou 3 jours des patients hospitalisés pourraient passer aux soins ambulatoires, et que les cas des séjours les plus courts sont les plus susceptibles d'être visés. Les GC qui se prêtent aux plus grandes possibilités de faire diminuer les jours-patient hospitalisé par une utilisation accrue des soins ambulatoires sont illustrés dans le tableau ci-dessous.

Figure 4.36
GC de L'Hôpital d'Ottawa présentant le plus de possibilités de faire diminuer les jours de

patients hospitalisés par le passage aux soins ambulatoires en 1999-2000

GC	Description du GC	Jours PH	CJ qui se qualif.	Cas PH	Cas PH à faire passer au 25e centile	Jours PH à épargner au 25e centile	% initial de CJ	% de l'obj. de CJ
294	OESOPH./GASTRO./DIV. PR. DIGEST.	4 109	4 378	887	327	529	83 %	89 %
579	TU MAJ/PROC. ANNEXIELLE SANS MALIGN.	3 671	946	1 169	373	501	45 %	62 %
536	OBSTRUCTION URINAIRE (NRPNUH)	876	1 261	321	199	292	80 %	92 %
617	ISSUE ABORTIVE AVEC D ET C	393	1 554	334	277	277	82 %	97 %
851	AUTRES FACT. QUI CAUSENT L'HÔSPIT.	1 674	876	378	206	209	70 %	86 %
428	OPÉR. À LA POITR. AVEC BX/EXCIS. LOC. SANS MALIGN.	361	64	336	179	179	16 %	61 %
281	HÉMORRAGIE G.I.	1 618	133	303	96	174	31 %	53 %
297	AUTRES DIAGNOSTICS G.I.	1 406	1 565	283	110	169	85 %	91 %
365	OPÉR. AU DOS ET AU COU – SANS FUSION	2 132	27	489	134	150	5 %	31 %
670	OPÉR. DE L'EXTRÉM. SUP. POUR TRX	1 001	32	224	83	126	13 %	45 %
138	NÉOPLASMES RESPIRATOIRES	4 517	121	466	40	93	21 %	27 %
90	OPÉR. À L'OREILLE EXT. ET MOY. (NRPNUH)	95	39	94	84	84	29 %	92 %
129	AUTRES OPÉR. RESPIRATOIRES	459	51	112	71	83	31 %	75 %
317	CHOLÉCYSTECTOMIE PAR LAPAROSCOPIE	1 012	602	354	81	81	63 %	71 %
696	FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE	287	296	76	40	70	80 %	90 %
432	MASTECT. SUBTOT. MALIGN. PAIRE SEINS	213	95	161	63	63	37 %	62 %
279	MALIGN. SYSTÈME DIGESTIF	2 606	210	256	29	61	45 %	51 %
127	OPÉR. RESPIRAT. MAJEURE	1 892	48	170	24	60	22 %	33 %
81	OPÉR. À LA GLANDE SALIVAIRE	113	10	58	37	57	15 %	70 %
50	OPÉR. ORBITALE	225	61	145	51	51	30 %	54 %
	Tous les autres GC	365 501	30 742	48 779	1 040	1 209	39 %	40 %
	Total	394 161	43 111	55 395	3 544	4 516	44 %	47 %

Bien que l'application des objectifs de chirurgie ambulatoire au 25e centile dans les hôpitaux d'enseignement donne lieu à une possibilité d'épargner au total 4 516 jours-patient hospitalisé (14 lits selon un taux d'occupation de 90 %), l'impact des objectifs concernant la durée de séjour est beaucoup plus grand. Le tableau qui suit montre l'impact combiné des objectifs de soins ambulatoires et de durée de séjour au 25e centile sur les données de LHO par GC en 1999-2000.

Figure 4.37
GC présentant le plus de possibilités de réduire la durée de séjour des patients hospitalisés

GC	Description des GC	Jours PH après le chang. à CJ	Cas PH après chang. à CJ	DS moy.	Jours à épargner au 25e centile – DS	Jours ANS à retirer des économ.	Jours nets à épargner	Jours nets après économies	Moy. de la DS résultant
251	GASTROSTOMIE ET COLOSTOMIE	7 893	278	28,39	1 897	125	1 772	6 121	22,02
179	PONTAGE CORON. AVEC POMPE SANS CATH. CARD.	8 411	902	9,32	1 582	-	1 582	6 829	7,57
1	CRANIOTOMIE	4 677	339	13,80	1 467	119	1 348	3 329	9,82
662	FÉMUR/REMPL. MAJ. RATICUL. - TRX	8 840	416	21,25	3 043	1 765	1 278	7 562	18,18
352	REMPLACEMENT DE LA HANCHE	4 210	409	10,29	1 396	241	1 155	3 055	7,47
648	NÉO. PDS>2 500 G, NOUVEAU-NÉ NORMAL	10 544	5332	1,98	1 226	103	1 123	9 421	1,77
294	OESOPH./GASTRO./DIV. TROUBLES DIGEST.	3 580	559,75	6,40	586	15	571	3 009	5,38
354	REMPLACEMENT DU GENOU	3 648	440	8,29	1 106	33	1 073	2 575	5,85
579	PU MAJ./OPÉR. ANNEXIELLE – SANS MALIGN.	3 170	795,72	3,98	500	-	500	2 670	3,36
188	ACTP AVEC CONDITION CARD. COMP.	3 534	652	5,42	958	-	958	2 576	3,95
611	ACCOUCHEMENT VAGINAL	8 037	3625	2,22	943	2	941	7 096	1,96
666	OPÉR. MAJ. DE L'EXTRÉMITÉ INF. - TRX	3 207	386,37	8,30	1 073	210	863	2 344	6,07
253	OPÉR. INTESTINALE/RECTALE	7 446	579	12,86	970	80	890	6 556	11,32
177	MAJ. REMPL. DE VALVE CARD. AV. POMPE – SANS CATH.	3 509	283	12,40	816	-	816	2 693	9,52
365	OPÉR. AU DOS ET AU COU – SANS FUSION	1 982	354,73	5,59	557	7	550	1 433	4,04
222	DÉFAILLANCE CARDIAQUE	6 987	684	10,21	1 074	381	693	6 294	9,20
766	TROUBLES DÉPRESSIFS SANS ÉLECTROCHOCS/AX3	4 195	227	18,48	692	-	692	3 503	15,43
700	TRANSPLANT. DE LA MOELLE OSSEUSE	2 962	79	37,49	659	-	659	2 303	29,15
602	CÉSARIENNE AVEC COMPLICATIONS	4 214	696	6,05	649	3	646	3 568	5,13
	Tous les autres GC	288 598	34 813	8,29	27 729	7 148	20 581	268 017	7,70
	Total	389 645	51 851	7,51	48 923	10 231	38 691	350 954	6,77

Quelque 38 691 jours-patient hospitalisés supplémentaires auraient pu être épargnés si LHO avait été en mesure d'opérer à un rendement au titre de la durée de séjour équivalant au 25e centile en 1999-2000. Cette diminution de la DS aurait permis de fermer 111 lits (à l'exclusion des berceaux) ou d'effectuer une diminution considérable du taux d'occupation.

Occupation comparative

Le tableau qui suit montre le taux d'occupation en pourcentage rapporté de lits dotés en personnel en 1999-2000 à L'Hôpital d'Ottawa et dans les autres hôpitaux d'enseignement qui lui sont comparés. Ces renseignements ont été fournis par le MSSLD à partir de rapports de recensement trimestriels.

Figure 4.38
Pourcentage d'occupation des hôpitaux d'enseignement de l'Ontario en 1999-2000

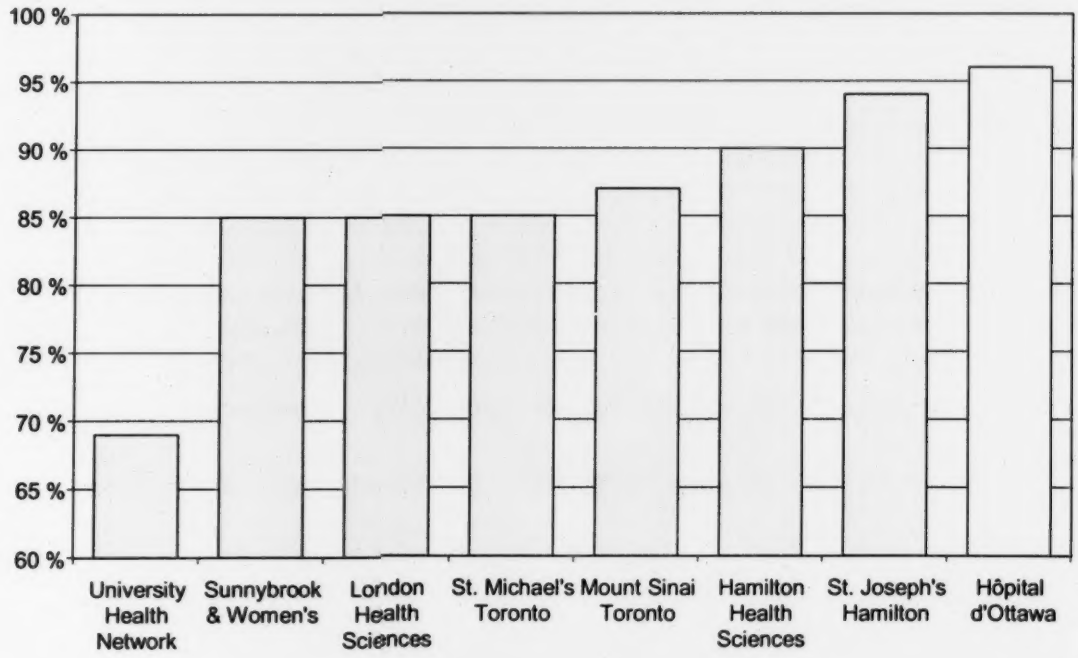
Hôpital	Médecine/ Chirurgie	Obstétrique	Pédiatrie	Psychiatrie	USI/ USMPC	Total
University Health Network	67 %	83 %		63 %	75 %	69 %
Sunnybrook & Women's	84 %	91 %		92 %	75 %	85 %
London Health Sciences	95 %	84 %	73 %	85 %	40 %	85 %
St. Michael's Toronto	86 %	83 %			75 %	85 %
Mount Sinai Toronto	83 %	85 %		93 %	106 %	87 %
Hamilton Health Sciences	95 %	50 %	86 %	97 %	74 %	90 %
St. Joseph's Hamilton	94 %	71 %	156 %	99 %	91 %	94 %
Hôpital d'Ottawa	97 %	90 %		89 %	95 %	96 %

Note : l'occupation du réseau universitaire de la santé comprend les lits de l'Hôpital Princess Margaret.

En 1999-2000, L'Hôpital d'Ottawa affichait le taux le plus élevé d'occupation de lits médicaux-chirurgicaux, et le deuxième taux le plus élevé d'occupation de lits de soins intensifs. L'occupation globale de L'Hôpital d'Ottawa était de 96 %, bien supérieure à l'objectif d'occupation de 90 % établi par la CRSS.

Figure 4.39

Occupation globale des hôpitaux d'enseignement de l'Ontario – 1999-2000



Si L'Hôpital d'Ottawa avait été en mesure, en 1999-2000, de réduire son taux d'utilisation de lits pour patients hospitalisés des 43 207 jours résultant de l'atteinte de l'efficience clinique

au 25e centile, le taux global d'occupation aurait chuté de 96 % à 86 %. Une autre part de 8 % de l'occupation s'applique aux patients dont les jours-patient hospitalisé étaient consignés comme jours d'autres niveaux de soins.

Temps d'attente dans la SU

En 1999-2000, le temps d'attente dans la SU pour les patients admis a été ajouté comme élément de donnée devant être rapporté par les hôpitaux de l'Ontario dans les résumés sur les patients de l'ICIS. En moyenne, en 1999-2000, les patients de L'Hôpital d'Ottawa ont attendu 3,3 heures après avoir été admis à la SU avant d'être déplacés vers une unité de patients hospitalisés. L'attente moyenne dans un hôpital d'enseignement s'établissait à 4,8 heures, le total le plus bas étant de 1,3 heures au CSS de London et le plus élevé atteignant 9,9 heures au CSS de Hamilton.

Figure 4.40
Temps moyen d'attente en SU pour les patients admis

Hôpital	Admissions par la SU			Attente moyenne	
	Total	Nbre dont le temps d'att. a été consigné	Temps d'attente total	Minutes	Heures
H. Civic d'Ottawa	9 674	9 647	1 714 028	178	3,0
H. Général d'Ottawa	9 692	9 579	2 061 671	215	3,6
Hôpital d'Ottawa	**19 366**	**19 226**	**3 775 699**	**196**	**3,3**
London HSC	12 249	12 234	951 207	78	1,3
Ham HSC	16 440	15 888	9 476 793	596	9,9
UHN Toronto	10 953	9 694	2 263 605	234	3,9
SWCHSC	10 182	10 170	2 155 714	212	3,5
Ham St. Joe's	7 089	6 829	3 393 300	497	8,3
Mt. Sinai	4 321	3 198	370 407	116	1,9
Total/moyenne	80 600	77 239	22 386 725	290	4,8

* Les données de l'Hôpital St. Michael's ont été retirées en raison d'erreurs dans les données rapportées.

Heure et jour de la mise en congé

Pour assurer la disponibilité des lits à l'intention des patients admis, L'Hôpital d'Ottawa dispose d'une politique exigeant la mise en congé des patients hospitalisés au plus tard à 10 h. Plus de patients hospitalisés sont mis en congé entre 10 h et 11 h qu'au cours de toute autre période d'une heure dans la journée. Cependant, seulement 16 % des patients hospitalisés sont effectivement mis en congé avant 10 h.

Figure 4.41
Pourcentage des mises en congé de patients hospitalisés selon l'heure du jour

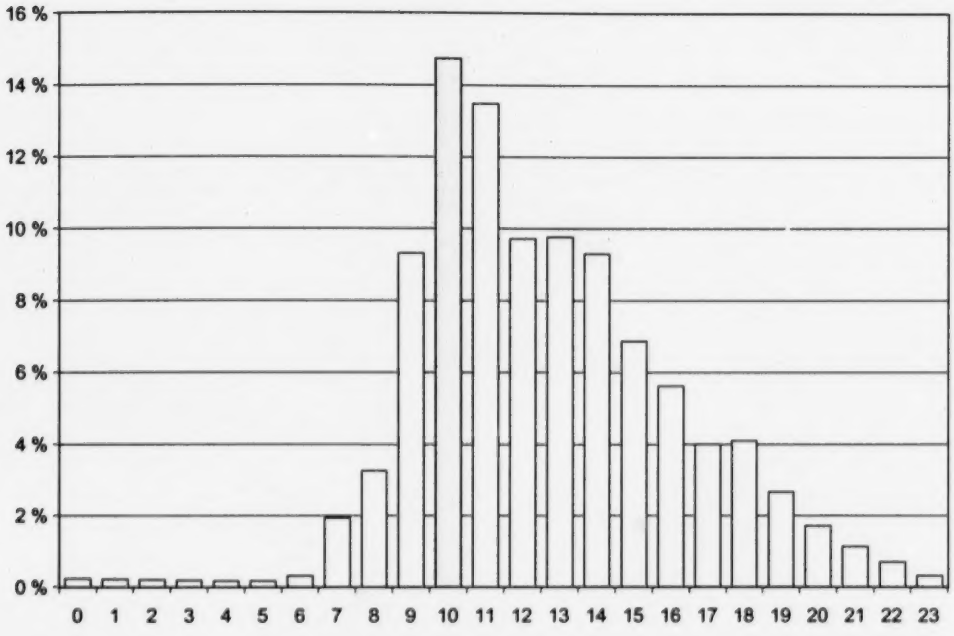


Figure 4.42
Pourcentage des patients hospitalisés de L'Hôpital d'Ottawa mis en congé avant 10 h

Catégorie de groupe de programmes	Mises en congé de PH	% avant 10 heures
Chirurgie générale	4 301	32,3 %
Urologie	1 999	29,1 %
Cardio./Thoracique	3 893	23,7 %
Tous les autres CGP	5 131	23,4 %
Gynécologie	1 918	22,1 %
Orthopédie	3 070	19,8 %
Traumatologie	2 285	16,9 %
Gastro./Hépato-biliaire	2 494	16,1 %
Oncologie	2 410	16,0 %
Moyenne à LHO	55 395	16,0 %
Cardiologie	3 839	15,1 %
Psychiatrie	1 715	14,1 %
Médecine générale	1 772	13,6 %
Neurologie	1 496	13,6 %
Soins pulmonaires	1 959	10,2 %
Obstétrique	9 298	7,3 %
Néonatologie	7 815	4,9 %

Quelque 26 % des patients en chirurgie sont mis en congé au plus tard à 10 h, mais seulement 14 % des patients hospitalisés

en médecine et en psychiatrie répondent à cette ligne directrice. Si, comme L'Hôpital d'Ottawa l'a suggéré, une mise en congé plus tard au cours de la journée témoigne d'une politique de mise en congé plus dynamique (les patients n'étant pas alors tenus d'attendre jusqu'à la matinée suivante), la politique de mise en congé de l'hôpital devrait être actualisée pour refléter cette situation.

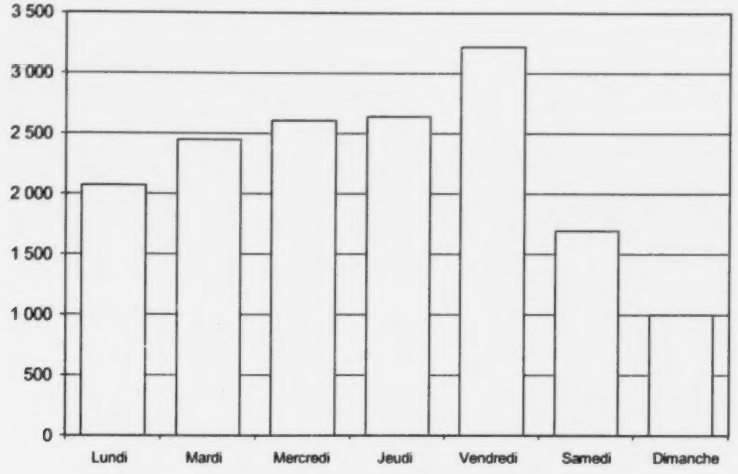
Si les mises en congé étaient également réparties entre tous les jours de la semaine, 29 % des patients obtiendraient leur congé la fin de semaine. À L'Hôpital d'Ottawa, les congés des patients dans les services de maternité et du nouveau-né sont aussi susceptibles de survenir les fins de semaine que durant la semaine, mais seulement 7 % des patients en psychiatrie et 17 % des patients en médecine sont mis en congé les fins de semaine.

Figure 4.43
Pourcentage des patients hospitalisés mis en congé les fins de semaine et pourcentage des patients mis en congé avant 10 h

Programme	% de patients hosp. mis en congé	
	La fin de semaine	Avant 10 heures
Médecine	17 %	14 %
Nouveau-nés	28 %	5 %
Obstétrique	27 %	7 %
Psychiatrie	7 %	14 %
Chirurgie	21 %	26 %
Total	22 %	16 %

Les patients hospitalisés en médecine sont beaucoup plus susceptibles d'être mis en congé les vendredis que les fins de semaine. Vraisemblablement, cette situation témoigne à la fois de la disponibilité du personnel requis pour faciliter la mise en congé et pour planifier les mises en congé les fins de semaine et de la capacité des fournisseurs externes d'accepter des transferts les fins de semaine. Toutefois, la mise en congé la fin de semaine peut être moins dérangeante pour les familles des patients, car elles seront plus disponibles pour faciliter le transport et le soutien du patient à la maison.

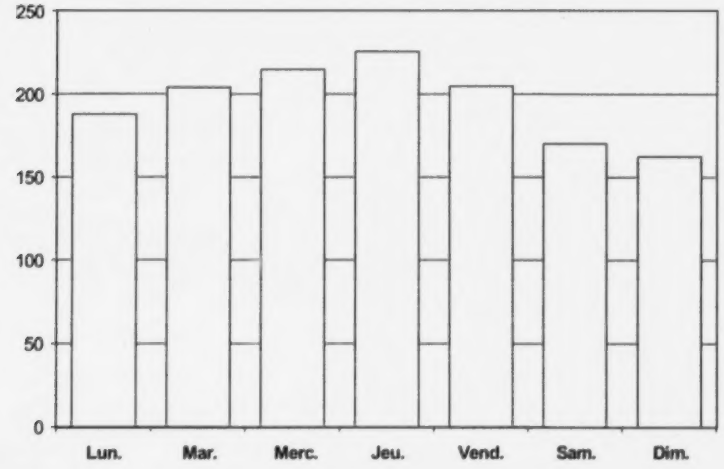
Figure 4.44
Mises en congé des patients hospitalisés en médecine selon le jour de la semaine



Si, du point de vue médical, les patients sont prêts à être mis en congé la fin de semaine, mais qu'ils ne peuvent pas l'être avant la semaine suivante, les durées de séjour seront prolongées.

Les patients admis à la SU attendent une heure de plus pour être déplacés vers une unité de patients hospitalisés s'ils sont admis le jeudi que s'ils sont admis le dimanche.

Figure 4.45
Temps d'attente moyen en SU pour les patients admis, selon le jour d'admission dans la semaine



Analyses des autres niveaux de soins

Le pourcentage des jours-patient hospitalisé consigné comme autre niveau de soins (ANS) à L'Hôpital d'Ottawa est supérieur à la moyenne dans les autres hôpitaux d'enseignement de l'Ontario, mais il diminuait de 9,3 % de tous les jours en 1998-1999 à 7,9 % de tous les jours en 1999-2000.

Les jours ANS inscrits dans les données de l'ICIS (utilisées pour effectuer ces analyses) sont moins nombreux que les jours qui se sont vu attribuer une désignation ANS par la planification des mises en congé. L'Hôpital a récemment terminé un examen de l'exhaustivité et de l'exactitude relatives des dossiers de santé et des jours de planification des mises en congé. Il a conclu que les quantités (plus élevées) de jours ANS prévues par la planification des mises en congé sont plus exactes que les jours ANS inscrits dans les dossiers de santé et rapportés dans les résumés de l'ICIS. D'après notre expérience, les professionnels des dossiers de santé, qui s'en tiennent aux lignes directrices sur la désignation ANS élaborée par l'ICIS, représentent la source la plus précise de données ANS. Bien que ce ne soit peut-être pas le cas à L'Hôpital d'Ottawa, nous nous sommes servis des jours ANS rapportés dans les résumés de l'ICIS pour effectuer les analyses qui suivent.

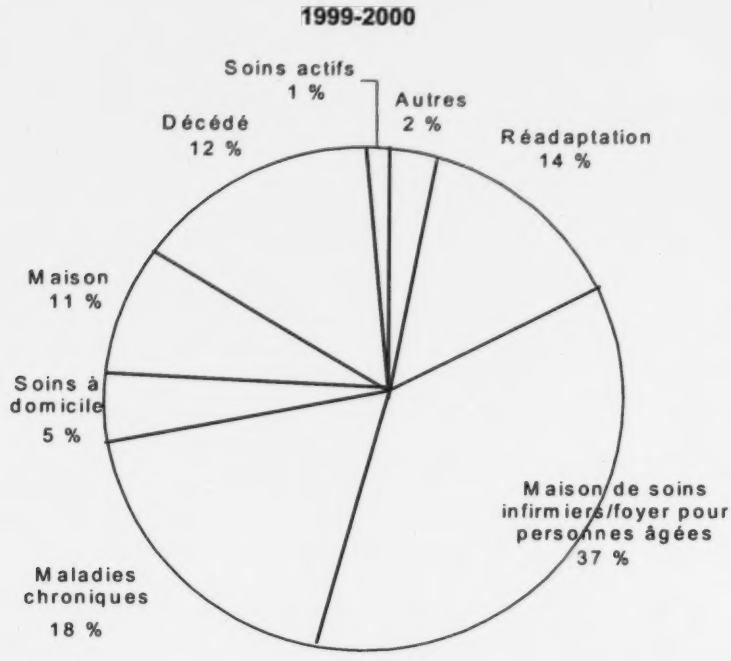
L'Hôpital d'Ottawa a prévu (à partir des données annuelles cumulatives au 30 septembre 2000) une augmentation des jours ANS de 30 738 à 42 000 pour l'exercice 2000-2001, soit 10,5 % de tous les jours.

Figure 4.46
Pourcentage des jours-patient hospitalisé consignés comme ANS dans les hôpitaux d'enseignement de l'Ontario – 1999-2000

Hôpital d'enseignement de l'Ontario	% de jours-patients hosp. consignés comme ANS		Chang. au point de % d'ANS
	1998-1999	1999-2000	
LHO-Civic	9,5 %	8,7 %	-0,8 %
LHO-Gén., River.	9,2 %	7,0 %	-2,2 %
Total-LHO	**9,3 %**	**7,9 %**	**-1,4 %**
London HSC	1,4 %	2,0 %	0,6 %
Hamilton HSC	14,3 %	15,4 %	1,1 %
UHN, Toronto	2,6 %	1,5 %	-1,1 %
St. Mikes	6,0 %	4,8 %	-1,2 %
SWCHSC	8,2 %	7,6 %	-0,6 %
Hamilton St. Joes	11,1 %	12,1 %	1,0 %
Mount Sinai	4,7 %	5,0 %	0,2 %
Total	7,5 %	7,2 %	-0,3 %

Le graphique qui suit illustre la répartition des jours ANS selon les mises en congé réelles des patients pour lesquels les jours ANS ont été consignés.

Figure 4.47
Jours ANS à LHO par disposition des mises en congé –



En 1999-2000, quelque 60 % des jours ANS de LHO ont été consignés pour des patients qui ont ensuite été mis en congé, puis orientés vers les soins continus (maison de soins infirmiers, foyer pour personnes âgées, soins aux malades chroniques, soins à domicile).

Figure 4.48
Pourcentage du total des jours ANS liés aux patients mis en congé puis orientés vers les soins continus (SLD, soins à domicile, soins aux malades chroniques)

Hôpital d'enseignement de l'Ontario	% de jours ANS pour la mise en congé – soins continus		Changement en point de pourcentage
	1998-1999	1999-2000	
LHO-Civic	75,7 %	67,4 %	-8,3 %
LHO-Gén., River,	45,9 %	50,8 %	4,8 %
Total-LHO	**60,2 %**	**60,2 %**	**0,0 %**
London HSC	52,8 %	57,3 %	4,5 %
Hamilton HSC	63,0 %	63,7 %	0,6 %
UHN, Toronto	51,8 %	38,5 %	-13,3 %
St. Mikes	30,1 %	21,2 %	-8,9 %
SWCHSC	58,8 %	49,9 %	-8,8 %
Hamilton St. Joes	53,8 %	80,8 %	27,0 %
Mount Sinai	61,2 %	56,9 %	-4,3 %
Total	57,9 %	61,2 %	3,2 %

Les résultats qui précèdent montrent que pour tous les

hôpitaux d'enseignement de l'extérieur de Toronto, la plupart des jours ANS sont consignés pour les patients ultérieurement mis en congé puis orientés vers le système de soins de longue durée. On peut donc penser qu'une réduction importante des jours ANS sera fonction de la disponibilité de la capacité prévue des lits de soins de longue durée qui sera élargie en Ontario. Avant la fin de 2002, on ajoutera 466 nouveaux lits de soins de longue durée à Ottawa-Carleton. La disponibilité de ces lits devrait diminuer le volume des jours ANS liés aux mises en congé applicables aux soins de longue durée.

Le tableau qui suit montre le retard moyen (en jours) par cas pour les patients mis en congé, et ce pour chaque catégorie de mise en congé.

Figure 4.49
Jours ANS moyens par cas par catégorie de mise en congé éventuelle

1999-2000	Autres	Réadapt.	NSI/ FPPA	Maladies chron.	Soins à domic.	À la maison	Décédé	Soins actifs	Total
LHO-Civic	4,7	9,9	12,8	15,8	0,3	0,1	3,2	0,2	0,6
LHO-G,R	4,0	9,8	8,2	8,8	0,3	0,1	1,0	0,3	0,5
Total-LHO	**4,4**	**9,8**	**10,8**	**12,2**	**0,3**	**0,1**	**2,0**	**0,2**	**0,5**
London HSC	0,7	1,9	2,0	2,6	0,1	0,0	0,3	0,2	0,1
Ham HSC	7,3	7,3	18,4	26,3	0,9	0,1	4,3	1,1	1,1
UHN, Toronto	0,7	1,6	0,5	2,9	0,1	0,0	0,1	0,7	0,1
St. Mikes	7,1	2,4	3,1	3,3	0,3	0,1	0,7	1,7	0,3
SWCHSC	2,7	2,4	2,3	7,5	0,4	0,0	2,7	0,4	0,5
Ham St. Joes	2,0	1,4	24,3	10,9	0,4	0,0	3,6	0,0	0,7
Mt. Sinai	7,3	2,8	3,6	11,1	0,1	0,0	1,3	0,1	0,3
Total 1999-2000	3,1	3,9	8,5	9,9	0,3	0,1	1,9	0,6	0,5

Dans tous les hôpitaux d'enseignement, les patients qui obtiennent leur congé pour s'en retourner à la maison sans bénéficier de soins à domicile ne subissent pratiquement pas de retard dans leur mise en congé. En ce qui a trait aux patients de L'Hôpital d'Ottawa, on constate une attente d'au moins 10 jours dans les transferts chez les patients hospitalisés en réadaptation, dans les maisons de soins infirmiers ou les maisons pour personnes âgées, ou dans les lits pour malades chroniques. La période d'attente de 10 jours que subissent les patients de LHO qui sont transférés en réadaptation des patients hospitalisés est plus longue que dans tout autre hôpital d'enseignement.

Le tableau qui suit montre les jours ANS rapportés par L'Hôpital d'Ottawa par catégorie de groupe de programmes au cours de l'exercice 1999-2000.

Figure 4.50
Jours ANS rapportés à L'Hôpital d'Ottawa par catégorie de groupe de programmes – 1999-2000

CGP	Nom de CGP	Jours PH	Jours ANS	% ANS
2	Neurologie	18 315	5 074	27,7 %
6	Traumatologie	28 882	4 794	16,6 %
20	Psychiatrie	30 921	3 840	12,4 %
16	Soins pulmonaires	18 999	3 642	19,2 %
23	Chirurgie générale	44 278	2 871	6,5 %
24	Médecine générale	14 146	1 620	11,5 %
17	Oncologie	29 106	1 601	5,5 %
1	Orthopédie	22 536	1 581	7,0 %
14	Cardiologie	23 851	1 062	4,5 %
8	Néphrologie	3 784	564	14,9 %
15	Cardio./Thoracique	36 443	531	1,5 %
27	Réadaptation	3 607	516	14,3 %
25	Chirurgie vasculaire	10 033	512	5,1 %
19	Endocrinologie	4 616	508	11,0 %
7	Urologie	10 328	507	4,9 %
3	Neurochirurgie	7 340	501	6,8 %
22	Gastro./Hépato-biliaire	13 274	293	2,2 %
26	Chirurgie plastique	2 097	233	11,1 %
5	Dermatologie	712	153	21,5 %
4	Rhumatologie	1 384	151	10,9 %
11	Néonatologie	28 521	117	0,4 %
18	Hématologie	1 879	37	2,0 %
21	Ophtalmologie	1 100	19	1,7 %
10	Obstétrique	28 018	9	0,0 %
9	Gynécologie	6 676	2	0,0 %
99	Inclassable	143	-	0,0 %
13	Chirur. dent./bucco-dent.	42	-	0,0 %
12	Oto-laryngologie	2 832	-	0,0 %
97	Pas de l'Hôp. Gén.	298	-	0,0 %
Total		394 161	30 738	7,8 %

Plus de la moitié (soit 56 %) de tous les jours ANS rapportés s'appliquent à des patients des catégories de groupe de programmes appelées Neurologie, Traumatismes, Psychiatrie, et Soins pulmonaires. Quelque 81 % des jours ANS de L'Hôpital d'Ottawa touchent des patients ayant 70 ans ou plus.

Le tableau qui suit affiche les jours ANS rapportés par L'Hôpital d'Ottawa, par groupe de clientèle, au cours de l'exercice 1999-2000.

Figure 4.51
Jours ANS rapportés de L'Hôpital d'Ottawa par groupe de clientèle – 1999-2000

GC	Description de GC	Jours PH	ANS	% ANS
13	TR. CÉRÉBROVASC. SPÉC. (XTIA)	10 883	3 453	31,7 %
662	FÉMUR/REMPL. MAJ. ARTICUL. - TRX	8 840	2 186	24,7 %
142	BRONCHITE CHRONIQUE	5 705	1 845	32,3 %
788	PR. ORG. MENT. AVEC TR. PHYS. – AX3	2 971	1 358	45,7 %
772	DÉMENCE AVEC OU SANS BÉL. – AXIS3	2 193	1 296	59,1 %
143	PNEUMONIE SIMPLE ET PLEURÉSIE	5 989	1 091	18,2 %
851	AUTRES FACTEURS QUI CAUSENT L'HOSP.	1 674	1 053	62,9 %
40	TRACHÉOSTOMIE ET GASTROSTOMIE	6 618	1 014	15,3 %
11	TROUBLES NERVEUX DÉGÉNÉRATIFS	1 782	800	44,9 %
222	DÉFAILLANCE CARDIAQUE	6 987	564	8,1 %
841	RÉADAPTATION	3 607	516	14,3 %
10	NÉOPLASME DU SYSTÈME NERVEUX	2 738	427	15,6 %
840	AUTRES ADMISSIONS EN CHIRURGIE	3 348	410	12,2 %
666	OPÉR. DE L'EXTRÉMITÉ INF. MAJ. – TRX	3 240	376	11,6 %
253	OPÉR. INTESTINALE/RECTALE MAJ.	7 446	355	4,8 %
485	PR. NUTRIT./MÉTABOLIQUE DIV.	1 748	351	20,1 %
351	REMPL. DE L'ARTICUL. CAUSÉ PAR TRAUMA.	992	347	35,0 %
251	GASTROSTOMIE ET COLOSTOMIE	7 893	333	4,2 %
323	CIRRHOSE ET HÉPATITE ALCOOLIQUE	1 056	321	30,4 %
356	RÉPARATION DE LA HANCHE ET DU FÉMUR	1 141	320	28,0 %
	Tous les autres GC	307 310	12 322	4,0 %
	Total	394 161	30 738	7,8 %

L'analyse des jours-patient hospitalisé potentiellement conservables n'envisage pas la possibilité de réduire les jours ANS. Toutefois, étant donné le nouvel et important investissement prévu dans les lits de soins de longue durée dans la région d'Ottawa-Carleton en 2001 et en 2002, et les nouveaux liens entre L'Hôpital d'Ottawa et le Centre de réadaptation, la réduction des jours ANS pourrait être un élément clé du plan de redressement financier futur de l'Hôpital.

Utilisation de l'Unité de soins spéciaux

Le tableau qui suit montre le nombre de jours consignés comme jours de l'« Unité de soins spéciaux » (USS) pour L'Hôpital d'Ottawa en 1999-2000 par rapport aux autres hôpitaux d'enseignement de l'Ontario.

Figure 4.52
Données de l'Unité de soins spéciaux pour L'Hôpital d'Ottawa et les autres hôpitaux d'enseignement de l'Ontario

Super programme CHU	Hôpital d'Ottawa				Autres hôpitaux d'enseignement de l'Ontario			
	Cas PH	Cas avec USS	Tous les jours	Jours USS	Cas PH	Cas avec USS	Tous les jours	Jours USS
Médecine	15 671	2 539	131 012	8 828	65 682	9 784	507 089	41 237
Nouveau-nés	7 815	956	28 521	11 345	23 245	3 813	98 844	48 562
Obstétrique	9 298	20	28 018	30	25 925	85	77 771	212
Autres	158	8	3 789	33	206	25	852	150
Psychiatrie	1 709	48	30 690	130	5 819	186	107 322	750
Chirurgie	20 744	2 752	172 131	12 917	87 900	20 393	645 880	91 026
Total	55 395	6 323	394 161	33 283	208 777	34 286	1 437 758	181 937

Moins de patients de LHO ont accès à l'USS (11,4 % de tous les patients hospitalisés, comparativement à 16,4 % de tous les patients hospitalisés des autres hôpitaux d'enseignement), mais une fois admis dans une USS, la DS à LHO est semblable (5,26 jours à LHO, contre 5,31 jours dans les autres hôpitaux d'enseignement).

Figure 4.53
Comparaison de l'utilisation de l'USS entre L'Hôpital d'Ottawa et les autres hôpitaux d'enseignement de l'Ontario

Super programme CHU	Hôpital d'Ottawa				Autres hôpitaux d'enseignement de l'Ontario			
	% de cas avec USS	% du total des jours passés en USS	Moy. des jours en USS (tous les cas)	Moy. de la DS en USS (cas USS)	% de cas avec USS	% du total des jours passés en USS	Moy. des jours en USS (tous les cas)	Moy. de la DS en USS (cas USS)
Médecine	16,2 %	6,7 %	0,56	3,48	14,9 %	8,1 %	0,63	4,21
Nouveau-nés	12,2 %	39,8 %	1,45	11,87	16,4 %	49,1 %	2,09	12,74
Obstétrique	0,2 %	0,1 %	0,00	1,50	0,3 %	0,3 %	0,01	2,49
Autres	5,1 %	0,9 %	0,21	4,13	12,1 %	17,6 %	0,73	6,00
Psychiatrie	2,8 %	0,4 %	0,08	2,71	3,2 %	0,7 %	0,13	4,03
Chirurgie	13,3 %	7,5 %	0,62	4,69	23,2 %	14,1 %	1,04	4,46
Total	11,4 %	8,4 %	0,60	5,26	16,4 %	12,7 %	0,87	5,31

Les différences entre le recours à l'USS par LHO et l'utilisation qu'en font les autres hôpitaux d'enseignement sont plus grandes dans le cas des patients en chirurgie. Seulement 13,3 % des patients en chirurgie de L'Hôpital d'Ottawa passent du temps dans une USS, tandis que 23,2 % des patients en chirurgie se retrouvent dans une USS dans les autres hôpitaux d'enseignement. Par conséquent, seulement 7,5 % du séjour d'un patient en chirurgie à LHO est passé dans une USS, comparativement à 14,1 % dans les autres hôpitaux d'enseignement.

Figure 4.54
Utilisation de l'USS par catégorie de groupe de programmes de LHO

GC	Jours USS de LHO (pour le tri)	Hôpital d'Ottawa				Autres hôpitaux d'enseignement de l'Ontario			
		% de cas avec USS	% des jours tot. passés en USS	Moy.-jrs en USS (tous les cas)	Moy. de la DS en USS (cas en USS)	% de cas avec USS	% des jours tot. passés en USS	Moy.-jrs en USS (tous les cas)	Moy. de la DS en USS (cas en USS)
Néonatologie	11 34[illegible]	12,2 %	39,8 %	1,45	11,87	16,4 %	49,1 %	2,09	12,74
Chirurgie générale	3 87[illegible]	12,7 %	8,7 %	0,90	7,09	14,8 %	12,7 %	1,29	8,71
Cardio./Thoracique	3 455	17,4 %	9,5 %	0,89	5,11	64,0 %	27,6 %	2,27	3,55
Cardiologie	3 237	29,6 %	13,6 %	0,84	2,85	29,4 %	18,5 %	1,02	3,46
Traumatologie	1 813	16,2 %	6,3 %	0,79	4,90	20,5 %	12,5 %	1,20	5,85
Soins pulmonaires	1 570	16,3 %	8,3 %	0,80	4,92	14,9 %	11,7 %	0,92	6,22
Neurochirurgie	1 371	50,8 %	18,7 %	2,08	4,09	52,0 %	19,9 %	1,70	3,27
Chirurgie vasculaire	1 355	48,8 %	13,5 %	1,75	3,58	25,7 %	8,6 %	0,88	3,43
Médecine générale	1 282	12,4 %	9,1 %	0,72	5,85	13,0 %	10,2 %	0,93	7,16
Neurologie	1 122	25,1 %	6,1 %	0,75	2,99	15,6 %	5,1 %	0,53	3,40
Oncologie	685	7,1 %	2,4 %	0,28	3,98	4,2 %	1,8 %	0,19	4,50
Gastro./Hépato-biliaire	459	6,8 %	3,5 %	0,18	2,72	4,7 %	3,2 %	0,17	3,67
Orthopédie	434	5,4 %	1,9 %	0,14	2,63	6,6 %	3,0 %	0,17	2,59
Chirurgie plastique	215	21,4 %	10,3 %	2,09	9,77	37,7 %	48,3 %	4,69	12,42
Autres GC	1 070	2,6 %	1,1 %	0,06	2,20	2,7 %	1,7 %	0,09	3,43
Total	33 283	11,4 %	8,4 %	0,60	5,26	16,4 %	12,7 %	0,87	5,31

Un pourcentage plus faible de patients de L'Hôpital d'Ottawa passent du temps dans une USS pour :

- des soins cardio-thoraciques (17 % contre 28 % chez les pairs);
- un traumatisme;
- une chirurgie générale.

Un pourcentage plus élevé de patients de L'Hôpital d'Ottawa séjournent dans une USS pour :

- une chirurgie vasculaire;
- des soins neurologiques.

La durée de séjour dans une USS de L'Hôpital d'Ottawa est plus courte :

- en chirurgie générale;
- en cardiologie;
- en soins pour un traumatisme;
- en soins pulmonaires;
- en médecine générale.

La durée de séjour dans une USS de LHO est plus longue :

- en soins cardio-thoraciques;
- en neurochirurgie.

4.5 *Processus de gestion de l'utilisation*

Comité GRQC

À L'Hôpital d'Ottawa, la tâche de coordonner la gestion de l'utilisation et de la qualité a été confiée à un comité de gestion des ressources et de la qualité clinique (GRQC). Ce comité a été constitué en mars 1999 et a vu son rôle s'élargir de manière à englober les processus de qualité clinique en janvier 2000. La structure, la composition et les initiatives clés du Comité GRQC sont décrits en termes clairs dans le rapport sur l'efficience clinique du 27 septembre 2000 préparé par l'Hôpital à l'appui de l'examen clinique et ne seront pas repris ici.

Rapport au Comité GRQC

Le Groupe de travail sur la surveillance de la qualité, le Groupe de travail sur le coût des cas et le Groupe de travail sur les chemins cliniques relèvent du Comité GRQC. Ce dernier relève du Comité sur le rendement corporatif. Il n'y a pas de problèmes au niveau des membres du Comité GRQC, quoiqu'une participation plus constante des médecins et leur présence aux réunions appuieraient une observation plus généralisée des initiatives de GRC par les médecins. Le Comité GRQC produit un rapport trimestriel exhaustif et bien présenté qui résume les activités de GRC, fournit des indicateurs d'efficience et de qualité et le rapport d'utilisation des lits, et fait ressortir les problèmes relevés par l'examen des résultats des indicateurs de rendement. Les rapports du Comité GRQC sont également distribués au Comité de la qualité du Conseil d'administration.

Le comité a concentré ses efforts sur l'établissement de liens (entre campus et disciplines), la recherche de sources de données, de méthodes de mesure et la préparation de rapports pour appuyer leurs plans de gestion de l'utilisation (et évaluer l'impact des transferts de programmes). Les différences culturelles et les différences au niveau des approches historiques de la gestion de l'utilisation dans les organisations précédentes, ont amené le comité à ne pas aller trop vite en besogne pour permettre aux médecins de se familiariser avec les données, les méthodes et les principes.

Très peu de données propres aux médecins sont mises à la disposition des médecins de première ligne (exception faite des rapports propres aux médecins des données sur les cas ne requérant pas nécessairement une hospitalisation). L'Hôpital Général d'Ottawa montrait des antécédents de prestation de données médicales sur la DS, alors que ce n'était pas le cas à l'Hôpital Civic d'Ottawa. Le Comité GRQC prévoit instaurer davantage de rapports propres aux médecins sur la DS,

mais il a retardé l'application de cette décision jusqu'à ce que des données comparatives acceptables sur la DS puissent être intégrées dans les rapports.

Grandes réussites du Comité GRQC

Les grandes réussites du Comité GRQC comprennent notamment :

- la mise en place d'une infrastructure de GRC pour L'Hôpital d'Ottawa, appuyée par une équipe de soutien cohérente et dévouée;
- de meilleures connaissances, de la part des médecins, des données, des méthodes et des principes de gestion des ressources cliniques, et une plus grande familiarisation avec ceux-ci;
- des rapports améliorés et plus uniformes de l'utilisation normalisée et des données sur la qualité dans l'ensemble de l'organisation;
- l'instauration d'un programme de date prévue de mise en congé (DPMC), appuyée par un examen simultané;
- l'implantation de la nécessité d'une formule d'admission (FA);
- un suivi amélioré des jours d'autres niveaux de soins (ANS).

Obstacles à l'amélioration de la GRC

Parmi les obstacles à l'amélioration de l'efficience clinique et de la gestion des ressources cliniques, mentionnons :

- le manque d'intégration des systèmes d'information clinique dans les campus, et l'absence d'un dossier de santé intégré sur support électronique qui s'appuierait sur un identificateur de patient unique à la grandeur de l'organisation;
- la nécessité d'une plus grande intégration des différentes cultures et approches de gestion des ressources cliniques provenant des organisations précédentes;
- une affectation laxiste des obligations de rendre des comptes et une responsabilité floue quant à la résolution de problèmes de gestion de ressources cliniques. La nouvelle affectation récente de la responsabilité des programmes aux vice-présidents devrait clarifier les obligations redditionnelles;
- le manque de capacité de soins de longue durée dans la région d'Ottawa, qui occasionne des taux inopportunément élevés de jours ANS et restreint la capacité réelle de lits de

L'Hôpital d'Ottawa;

- l'absence d'une acceptation, d'une participation et d'un appui généralisés des médecins à la gestion des ressources cliniques. Les préoccupations au sujet du caractère approprié de la rémunération des médecins qui accomplissent des tâches administratives ont également des répercussions.

L'Hôpital a décidé de se fier à la « durée prévue de séjour » (DPS) fixée par l'ICIS pour mesurer la durée de séjour. Comme nous l'avons montré précédemment, la région d'Ottawa est la seule région de l'Ontario où la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés en soins actifs excède la durée prévue de séjour nationale établie par l'ICIS. L'Hôpital d'Ottawa est le seul hôpital d'enseignement de l'Ontario où la durée de séjour n'est pas très inférieure à la DPS de l'ICIS.

Nous ne connaissons aucun autre hôpital d'enseignement qui continue de s'appuyer sur la DPS de l'ICIS pour mesurer son rendement dans ce domaine. Comme les pressions sur les coûts de fonctionnement ont augmenté ces dernières années, la plupart des hôpitaux se sont fixés des objectifs de plus en plus rigoureux au chapitre de la durée de séjour, car ils ont compris que ne pas le faire limiterait l'accès aux services et majorerait leurs coûts.

L'utilisation de la DPS de l'ICIS comme mesure dans les rapports sur la durée de séjour et dans le système de DPMC a constitué un obstacle à l'identification interne des possibilités d'améliorer l'efficience clinique. À L'Hôpital d'Ottawa, on a choisi de se concentrer sur le nombre élevé de jours ANS, ce qui oblige à chercher en dehors de l'Hôpital des solutions sur lesquelles on n'a pas de contrôle. Cette façon de faire, et le rappel constant dans l'Hôpital et dans ses annonces publiques que les fonds qui lui sont accordés par le MSSLD sont insuffisants, ont empêché l'Hôpital de chercher activement des moyens d'améliorer son efficience clinique. En mettant l'accent sur la durée de séjour, l'Hôpital aurait pu réduire sensiblement ses coûts de fonctionnement et ses niveaux d'occupation.

L'infrastructure, les données et les systèmes de rapport qui ont été mis en place pour appuyer la gestion des ressources cliniques à L'Hôpital d'Ottawa sont impressionnants. Toutefois, compte tenu de la situation financière de l'Hôpital, il faut se servir d'objectifs de rendement plus appuyés. Au cours des premiers stades de la création de l'organisation

fusionnée, une approche moins dynamique de gestion des ressources cliniques aurait pu se justifier. L'Hôpital est maintenant bien positionné pour utiliser des objectifs d'efficience clinique plus stimulants, provenant d'autres hôpitaux d'enseignement, dans le cadre de l'infrastructure de rapport maintenant en place.

4.5.1 Occasions d'améliorer l'efficience clinique

Des analyses précédemment effectuées ont montré que l'amélioration de l'efficience clinique à L'Hôpital d'Ottawa passe surtout par une diminution de la durée de séjour pour atterindre les niveaux obtenus par les hôpitaux d'enseignement de l'Ontario à rendement élevé. L'Hôpital, en participant aux activités de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU), reçoit des données de rendement à comparer avec d'autres hôpitaux de tout le Canada. Les objectifs de rendement fondés sur ces données comparatives devraient être intégrés au processus de GRC.

Recommandations :

(24) Le Comité de gestion des ressources et de la qualité clinique de L'Hôpital d'Ottawa devrait intégrer les données comparatives de la durée de séjour dans les hôpitaux d'enseignement canadiens dans les rapports sur la durée de séjour et dans les objectifs concernant la date prévue de mise en congé.

Les rapports concernant l'utilisation propres aux médecins devraient être distribués systématiquement. L'Hôpital doit souligner qu'une durée de séjour médiocre constitue un facteur majeur qui contribue aux taux d'occupation très élevés et à la situation financière de plus en plus mauvaise de l'Hôpital. Bien qu'il existe manifestement des obstacles externes à l'amélioration de l'efficience clinique, il est clair qu'il y a aussi des occasions internes.

Recommandations :

(25) Le Comité de gestion des ressources et de la qualité clinique de L'Hôpital d'Ottawa devrait veiller à ce que les rapports d'utilisation propres aux médecins soient distribuées systématiquement à tous les médecins actifs à L'Hôpital d'Ottawa.

4.6 Coûts de l'utilisation, de l'efficience clinique et de fonctionnement de l'Hôpital

Si les objectifs d'efficience clinique du premier quartile avaient été atteints à L'Hôpital d'Ottawa en 1999-2000, le nombre total de patients hospitalisés aurait diminué de 6,4 %, et le total des jours-patient hospitalisé aurait baissé de 11,0 %. Cela nécessiterait une hausse de 8,2 % du volume de la chirurgie ambulatoire. Si tous les lits étaient demeurés ouverts, l'atteinte des objectifs d'efficience clinique aurait fait passer l'occupation globale de l'Hôpital de 96 % à 86 %.

Ces estimations reposent sur des objectifs dynamiques de réduction de l'utilisation des jours-patient hospitalisé dans les cas types et aberrants, mais elles ne présument d'aucune diminution des jours-patient hospitalisé dans les cas de transferts, de sorties ou de décès. Elles ne présument pas non plus d'une diminution des jours ANS par rapport aux volumes rapportées par L'Hôpital d'Ottawa en 1999-2000.

L'atteinte de l'objectif de rendement ferait baisser la charge de travail globale des départements dont la charge de travail est largement fonction des volumes de patients hospitalisés et des jours-patient hospitalisé.

Le plus gros avantage de la diminution du nombre de jours-patient hospitalisé résiderait dans la réduction du taux global d'occupation et dans la baisse de l'inefficacité et des frustrations causées par le placement en dehors du service, par les transferts de patients, et par l'« effet domino » (sur des départements comme la SU et les diagnostics) de l'incapacité de déplacer rapidement des patients à un lit approprié. L'hôpital pourrait également être en mesure de récupérer les revenus différentiels tirés de ses salles aux niveaux de l'année antérieure.

4.6.1 Possibilités d'épargner des coûts de fonctionnement

Le tableau qui suit affiche l'impact prévu sur les cas pondérés (PCR) de l'atteinte des objectifs d'efficience clinique au premier quartile.

Figure 4.55
Impact prévu de l'atteinte des objectifs d'efficience clinique au niveau du premier quartile

Indicateur d'activité	Réel	Au 25e centile	% de chang.
Total des cas de patients hosp.	55 395	51 851	-6,4 %
Total des jours-patients hosp.	394 161	350 954	-11,0 %
Total de la PVR des patients hosp.	88 564	81 239	-8,3 %
Cas de CJ se qualif.	43 111	46 655	8,2 %
CJ-PVR se qualif.	9 135	10 008	9,5 %
Total des cas (PH et CJ)	98 506	98 506	0,0 %
Total des cas pondérés PVR	97 699	91 247	-6,6 %

Bien que nous ayons évalué que le nombre total de jours-patient hospitalisé aurait pu être réduit de 11 %, cela n'équivaudrait pas à une réduction de 11 % des coûts de fonctionnement, pour les motifs suivants :

- Les cas chirurgicaux passés des soins aux patients hospitalisés aux soins ambulatoires ne produisent pas d'économies importantes. Les candidats au changement vers les soins ambulatoires sont les patients hospitalisés en court séjour. Les coûts des soins chirurgicaux demeurent.
- La réduction visée de la durée de séjour éliminera les jours les moins intensifs de soins à la fin du séjour d'un patient. Le coût de la prestation de soins à un patient hospitalisé pour ces jours sera moindre que le coût moyen d'un jour-patient hospitalisé.

4.6.2 Estimation de l'impact sur les coûts de l'efficience clinique

Nous nous sommes servis de deux méthodes pour évaluer l'impact possible sur les coûts de fonctionnement de l'atteinte des objectifs liés à l'efficience clinique.

Estimation des économies en matière d'efficience clinique réalisées à l'aide de la PVR

Au moyen de la première méthode, nous avons calculé l'impact sur la pondération du volume des ressources (PVR, telle qu'élaborée par l'ICIS, en tant que mesure du coût par cas) de la façon suivante :

- Pour les cas qui sont passés aux soins ambulatoires, les PVR des patients hospitalisés ont été retirés suivant la pondération moyenne des patients hospitalisés types, et les PVR des CJ ont été ajoutées suivant la pondération moyenne du groupe de la procédure de jour (GPJ) applicable aux procédures.
- En ce qui concerne les réductions de la durée de séjour, les PVR des patients hospitalisés ont été retirées à la

pondération courante/accessoire (C/A) quotidienne de l'ICIS (qui est moindre que la pondération quotidienne moyenne).

- Si le GC comprend des jours ANS, la pondération est retirée à la pondération quotidienne « gravité moindre » de l'ICIS, plutôt qu'à la pondération C/A.

L'impact de cette approche sur L'Hôpital d'Ottawa se traduit par une réduction approximative de 6 452 cas pondérés PVR, ou 6,6 % des cas pondérés PVR réels de 1999-2000. En se fondant sur le coût direct des soins actifs aux patients hospitalisés et aux patients en chirurgie de jour de L'Hôpital d'Ottawa de 1999-2000, établi à 283 754 166 $ et sur un coût direct moyen calculé par PVR de 2 904 $, la réduction des cas pondérés PVR est équivalente à une réduction du coût direct de fonctionnement de 18,7 millions de dollars, soit des économies moyennes de 433 $ par jour-patient hospitalisé épargné.

L'estimation des possibilités d'économies due à l'efficience clinique fondée sur les modifications à la PVR fournit l'évaluation d'un ordre de grandeur et n'illustre pas les répercussions relatives sur chacun des départements. Il y aura également une réduction des recettes lorsque les jours-patient diminueront en raison de l'atteinte des objectifs d'efficience clinique.

Estimation de l'impact sur les coûts de l'efficience clinique basée sur les modifications à la charge de travail des centres fonctionnels

Une autre approche consiste à appliquer les répercussions prévues sur la charge de travail des départements de l'atteinte des objectifs d'efficience clinique à la productivité réelle de chaque département, et à calculer l'impact qui en résulte sur les ÉTP, sur les coûts de la main-d'œuvre, sur les coûts autres que de la main-d'œuvre, ainsi que sur les recettes. Pour modeler l'impact possible de la réalisation de l'objectif d'efficience clinique sur chacun des départements, les hypothèses suivantes ont été formulées :

- Il y aura une réduction de la charge de travail de certains centres fonctionnels indirects. La diminution en pourcentage de la charge de travail des centres fonctionnels indirects s'appuie sur la réduction globale prévue des cas pondérés de patients hospitalisés/en CJ (6,60 %) et sur le pourcentage de 1998-1999 des coûts de LHO (70 %) qui étaient alloués aux patients hospitalisés/en CJ.
- Compte tenu de la réduction de la charge de travail en soins infirmiers aux patients hospitalisés, les jours-

patient seront modifiés dans les unités de soins infirmiers aux patients hospitalisés en fonction de la modification aux jours-patient hospitalisé à compter de l'atteinte des objectifs liés aux niveaux d'efficience clinique. Nous estimons que l'efficience clinique peut produire une réduction de 41 090 jours-patient adultes et de 2 117 jours-patient nouveau-nés.

- Par suite de la transformation de la réduction des jours-patient en une réduction de la charge de travail des soins infirmiers dans ces domaines, seulement 75 % des économies estimatives en jours-patient servent à justifier la diminution de la charge de travail. Ce rajustement s'appuie sur une hypothèse selon laquelle les jours qui seront éliminés nécessitent moins de ressources en soins infirmiers que les jours qui resteront. Les heures économisées sont fondées sur la mesure de la productivité au moyen des heures par jour-patient. Inversement, on peut s'attendre à une hausse de l'intensité moyenne dans la charge de travail en soins infirmiers des jours-patient hospitalisé qui restent. Pour justifier cet effet, une proportion de 25 % de la diminution des jours d'efficience clinique est conservée dans la mesure de la charge de travail des soins infirmiers (jours-patient) dans chaque secteur de programme.
- On n'a présumé d'aucune modification dans les cliniques de consultations externes, dans les salles d'opération, etc. On note une faible augmentation dans les soins en chirurgie de jour / dans les soins médicaux de jour en raison du transfert de cas des soins aux patients hospitalisés aux soins ambulatoires.
- La modification dans la charge de travail touchant les patients hospitalisés dans les domaines thérapeutiques s'appuie sur la réduction globale dans les cas pondérés des patients hospitalisés/des CJ; en ce qui concerne l'inhalothérapie et la pharmacie, il y a eu réduction de 25 % (comme pour les soins infirmiers aux patients hospitalisés) afin de tenir compte du travail en soins intensifs.

La figure 4.56 montre les résultats de ces calculs.

Figure 4.56
Répercussions de l'efficience clinique (EC) sur le rendement de 1999-2000

Centre fonctionnel	Impact de la charge de travail sur l'EC	Justification/commentaire	ÉTP	Coûts de la main-d'oeuvre	Coûts variables autres que de main-d'oeuvre	Recettes
711350000 Gestion du matériel et transport de pat.	-4,62 %	70 % de coûts ind. = PH/CJ	-14,03	-582 041 $	-101 510 $	
711450000 Ménage	-4,62 %	70 % de coûts ind. = PH/CJ	-13,96	-473 146 $	-56 696 $	
711500000 Lessive et linge de maison	-243 127	Charge de travail par EC – 7,65 %	-0,90	-37 724 $	-367 517 $	
711800000 Inscription (admission)	0	Compens. de la ch. de trav. – PH/PCE				
711900000 Dossiers médicaux	-886	3 544 cas convertis-SDC	-0,70	-29 853 $	-1 877 $	
711950000 Services alimentaires aux patients et aux non-patients	-41 091	Réduction des jours-patients non-NB	-13,53	-548 761 $	-344 631 $	
712051000 Administration des soins infirmiers	-8,27 %	Cas pondérés PH	-7,76	-513 148 $	-46 871 $	
712100000 Services médicaux aux patients hospitalisés	-9 392	Jours EC épargnés à 75 %	-35,71	-2 079 975 $	-189 480 $	
712200000 Chirurgie aux patients hospitalisés	-15 919	Jours EC épargnés à 75 %	-64,97	-3 857 867 $	-390 296 $	
712300000 Services médicaux et chirurgicaux combinés	-1 148	Jours EC épargnés à 75 %	-3,62	-234 741 $	-27 406 $	
7124 USI/USMPC	0	Aucun chang. aux jours en soins intensifs				
712500000 Programme de naissance	-4 891	Jours EC épargnés à 75 %	-28,43	-1 902 488 $	-148 155 $	
712600000 Salles d'opération	0	Total des cas de SO inchangés				
712750000 Psychiatrie	-1 056	Jours EC épargnés à 75 %	-3,41	-195 550 $	-5 822 $	
713100000 Urgence	0	Aucun changement aux visites SU				
713401000 Soins médicaux	1 048	Augm. des jours de chirurgie	1,36	84 933 $	20 895 $	
713402000 Chirurgie aux patients externes (admission et réveil)	1 943	Augm. des jours de chirurgie	3,33	224 849 $	30 766 $	
71410-71430 Laboratoire et diagnostics	0	Impact négligeable				
714350000 Inhalothérapie	-357 584	Cas pond. de PH - 7 65 % à 75 %	-4,05	-236 495 $	-83 261 $	
714400000 Pharmacie	-4 839	Cas pond. PVR à 75 %	-6,57	-369 188 $	-719 094 $	
714450000 Nutrition clinique	-2 756	Réduction de 6,60 % des cas pond.	-1,98	-107 943 $	-3 942 $	
714500000 Physiothérapie	-6 502	Réduction de 6,60 % des cas pond.	-3,03	-181 971 $	-1 465 $	
714550000 Ergothérapie	-1 664	Réduction de 6,60 % des cas pond.	-1,25	-82 127 $	-2 138 $	
714602000 Orthophonie	-449	Réduction de 6,60 % des cas pond.	-0,48	-29 759 $	-1 985 $	
714604000 Audiologie	-6	Réduction de 6,60 % des cas pond.	-0,01	-444 $	-205 $	
714700000 Travail social	-2 606	Réduction de 6,60 % des cas pond.	-2,26	-138 836 $	-798 $	
714750000 Psychologie	-381	Réduction de 6,60 % des cas pond.	-0,41	-22 673 $	-574 $	
714800000 Soins en pastorale	-6,60 %	Réduction de 6,60 % des cas pond.	-0,60	-30 904 $	-1 010 $	
714850000 Loisirs	-137	Réduction de 6,60 % des cas pond.	-0,06	-3 545 $	-100 $	
719206100 Téléphones	-41 090	Réduction des jours-patients adultes				18 130 $
719206200 Télévisions	-41 090	Réduction des jours-patients adultes				20 837 $
719208500 Stationnement	-41 090	Réduction des jours-patients adultes				4 788 $
819151000 Salle normalisée-Soins actifs	-41 090	Réduction des recettes-PQ				2 359 216 $
819153600 Copaiement normalisé-ANS	-10 119	Réduction suivant l'analyse de l'EC				145 813 $
819154000 Recettes tirées des pouponnières de nouveau-nés	-2 117	Réduction des jours-nouveau-nés				70 642 $
819155020 Soins actifs-semi-privés	-41 090	Réduction des jours-patients adultes				1 368 916 $
819155040 Soins-actifs-privés	-41 090	Réduction des jours-patients adultes				1 109 051 $
819157000 Autres recettes-patients hospitalisés	-41 090	Réduction des jours-patients adultes				367 543 $
Répercussions sur l'efficience clinique totale annuelle			-203,04	-11 349 400 $	-2 443 172 $	5 464 936 $
Impact net de l'efficience clinique						-8 327 635 $
Impact de l'efficience clinique attribuable à l'institut de cardiologie						-1 324 689 $
Impact net de l'efficience clinique dont dispose LHO						-7 002 946 $

Cette approche d'estimation des possibilités d'économies grâce aux objectifs d'efficience clinique engendre une réduction du coût total de 13,8 millions de dollars. L'économie de coûts (excluant les modifications aux recettes) est d'environ 74 % des économies de coûts théoriques calculées comme produit de la réduction nette des cas pondérés et du coût de l'Hôpital par cas pondéré PVR. Il convient de signaler que les estimations de coût de l'efficience clinique inscrites dans ce tableau intègrent l'efficience réelle du fonctionnement des départements en 1999-2000. L'économie de coûts sera atténuée par une perte de recettes d'environ 5,5 millions de dollars. Nous prévoyons donc une modification du coût net - des recettes de 1999-2000 de l'ordre d'environ 8,3 millions de dollars. Il convient de signaler que d'après nos estimations, environ 1,3 million de dollars au titre des économies de l'efficience clinique nette sont attribuables à l'Institut de cardiologie. L'Hôpital d'Ottawa disposait donc de 7 millions de dollars en économies nettes parce qu'il a atteint

les niveaux visés d'efficience clinique.

La planification et la budgétisation des hôpitaux devraient être effectuées en présumant que l'Hôpital peut réaliser une efficience clinique et des économies de coûts connexes d'importance. Comme on peut le constater, nous estimons que L'Hôpital d'Ottawa devrait pouvoir réaliser des économies nettes de plus de 7 millions de dollars. Notre expérience nous laisse croire que l'Hôpital devrait être en mesure de faire ces économies dans les 2 ans qui suivent le lancement de pratiques dynamiques de gestion de l'utilisation.

Recommandations :

(26) Le P.-D.G. et le Comité GRQC devraient établir des objectifs de gestion de l'utilisation/d'efficience clinique permettant d'effectuer des réductions des jours-patient de près de 11 % au cours des deux prochaines années.

(27) Le P.-D.G., les vice-présidents aux programmes et les directeurs médicaux chargés des programmes devraient fixer des objectifs en termes de charge de travail et de productivité qui prévoiront des réductions de coûts à même l'efficience clinique de près de 11,6[82] millions de dollars par année en 2 ans.

(28) Le DF et les vice-présidents des programmes devraient collaborer de manière à atténuer l'impact sur les recettes de la réduction en jours-patient, mais ils devraient prévoir une réduction des recettes différentielles tirées des salles de près de 5,5 millions de dollars.

[82] 84 % des économies possibles au titre de l'efficience clinique sont attribuables à LHO.

5.0 L'enseignement et la recherche

5.1 Le rôle de LHO en enseignement et en recherche

L'Hôpital d'Ottawa est le lieu principal d'enseignement pour les Facultés de médecine et de sciences de la santé de l'Université d'Ottawa. À titre d'hôpital d'enseignement, il est chargé d'assurer la formation des étudiants de premier cycle en médecine et de divers étudiants de troisième cycle qui font leurs programmes de résidents. L'Hôpital d'Ottawa dispense également la formation dans d'autres disciplines de la santé, comme les soins infirmiers, la physiothérapie et l'ergothérapie, par l'intermédiaire de la Faculté des sciences de la santé.

L'Hôpital d'Ottawa a également un Institut de recherche qui lui est affilié. Les instituts de recherche de l'ancien Hôpital Général d'Ottawa et de l'ancien Hôpital Civic d'Ottawa sont sur le point d'être fusionnés en une seule entité. L'Institut de recherche en santé d'Ottawa a une existence distincte et indépendante. Chacun des instituts de recherche a de solides états de service. Ils sont parvenus avec beaucoup de succès à obtenir des crédits auprès de différentes sources étudiées par leurs pairs.

La Faculté de médecine et des sciences de la santé et les Instituts de recherche sont intimement liés au succès connu par L'Hôpital d'Ottawa dans la réalisation de ses missions d'enseignement, de recherche et de soins aux patients.

5.2 L'enseignement

La fusion de l'Hôpital Riverside, de l'Hôpital Général d'Ottawa et de l'Hôpital Civic a engendré certains défis en matière d'enseignement, notamment :

- Maintenir/améliorer le profil de l'enseignement pendant la fusion.
- Intégrer les médecins enseignants et les médecins de ville aux programmes d'enseignement de l'Hôpital.
- Uniformiser les politiques, les procédures et les pratiques.
- Affecter des résidents et des unités d'enseignement clinique au sein de l'organisation.

5.2.1 Intégrer le personnel médical universitaire et communautaire

Il importe de signaler que les Campus de l'Hôpital Général d'Ottawa et de l'Hôpital Civic présentent des histoires très différentes. Au cours des ans, ces hôpitaux ayant précédé L'Hôpital d'Ottawa ont peu collaboré entre eux. Ils se livraient concurrence sur les plans du personnel, des installations, des programmes cliniques, du financement de la recherche et du soutien communautaire. En raison de cette concurrence, l'attribution des programmes universitaires entre les campus de l'hôpital fusionné a laissé à certains membres du personnel clinique l'impression qu'il y avait des « gagnants » et des « perdants ».

De plus, l'Hôpital Riverside était un hôpital communautaire possédant très peu d'expérience dans l'enseignement clinique et pratiquement aucune expérience en recherche. Le Campus Civic avait un mélange de médecins enseignants et de médecins de ville et certains médecins oeuvraient dans les deux secteurs. De nombreux membres du personnel médical estimaient que des problèmes étaient associés à l'intégration des intérêts universitaires et communautaires et aux cultures uniques des trois campus.

Les histoires différentes des trois campus de L'Hôpital d'Ottawa ont rendu plus complexe l'évolution de l'intégration des programmes d'enseignement dans les campus. Toutefois, on semble généralement croire que si L'Hôpital d'Ottawa continue à faire preuve d'un engagement fondamental et de soutien envers l'enseignement, la recherche et les soins aux patients dans les trois campus, bon nombre des rivalités historiques et des problèmes de culture liés à la fusion s'estomperont tout doucement.

Deux des campus de L'Hôpital d'Ottawa (les Campus Général et Civic) possèdent une longue tradition d'enseignement à des étudiants et étudiantes en médecine et à d'autres diplômé(e)s de premier cycle dans des professions liées à la santé, notamment dans le cadre de divers programmes pour résidents et résidentes. L'Hôpital d'Ottawa entretient donc des liens étroits avec les Facultés de médecine et de sciences de la santé de l'Université d'Ottawa. Par ailleurs, le Campus Riverside ne jouait pas un grand rôle dans l'enseignement et son personnel médical ne caressait pas de tels objectifs. Pour compliquer encore davantage le tableau, le personnel médical de l'ancien

Hôpital Civic comprenait à la fois des médecins enseignants et des médecins de ville.

Quand la fusion a été achevée, la Faculté de médecine a offert des nominations à l'université à tous les médecins qui étaient en poste aux Campus Riverside, Général et Civic. Règle générale, les spécialistes et les sous-spécialistes des hôpitaux remplacés par L'Hôpital d'Ottawa ont accepté ces nominations alors que les médecins en soins primaires (p. ex. les médecins de famille) étaient moins intéressés. Un grand nombre d'entre eux ont refusé ces nominations.

En acceptant tous les membres du personnel médical comme enseignants éventuels, la Faculté de médecine a formé un grand groupe pouvant partager le travail d'enseignement clinique. Il s'agit d'une excellente ressource, car bon nombre de programmes de formation en médecine en Ontario sont tout simplement incapables d'offrir un enseignement de qualité en médecine communautaire. De plus, la capacité d'enseignement supplémentaire sera profitable si la taille des groupes d'étudiants et étudiants en médecine et/ou des programmes en résidence augmente. Par ailleurs, bon nombre des personnes nouvellement nommées à la faculté sont des professeurs inexpérimentés. Ils devront obtenir du soutien de la faculté. Toutefois, il semble que dans la plupart des cas, la capacité additionnelle d'enseignement a été bien accueillie par l'Hôpital et les stagiaires.

Enseignement clinique et résidence

Beaucoup de changements sont survenus depuis qu'on a initialement cru que la fusion réorganiserait l'activité de manière à ce que l'Hôpital Général d'Ottawa constitue le centre de soins tertiaires de la région et que l'Hôpital Civic fonctionnerait davantage comme un hôpital communautaire. Depuis la fusion, l'Hôpital a adopté un modèle clinique plus équilibré, l'activité tertiaire et secondaire et l'enseignement se déroulant dans les deux campus. Le Campus Riverside a été conservé et offre maintenant des services ambulatoires comme les cliniques, la chirurgie à des patients en consultation externe et des soins urgents.

5.2.2 Les résidents en médecine

Le modèle équilibré de répartition des programmes semble avoir été adopté, notamment pour veiller à ce que les

possibilités d'enseignement soient réparties également dans l'ensemble de l'organisation. Les responsables de l'Hôpital et de la faculté semblent croire que la prestation de programmes à l'appui des résidents dans les deux campus soutient mieux l'enseignement aux résidents et les soins aux patients. En général, les stagiaires ont besoin d'apprendre au sujet de la médecine clinique secondaire et tertiaire et veulent le faire. Concentrer toute l'activité tertiaire dans un campus aurait fait diminuer le volume d'activité secondaire dans ce campus et pourrait avoir amené les stagiaires à devoir quitter ce campus pour s'adonner à une activité clinique secondaire dans l'autre campus. La Faculté de médecine et l'Hôpital conviennent que le modèle équilibré représente les meilleures possibilités d'enseignement clinique. Compte tenu de l'existence du modèle équilibré, les activités d'enseignement seront également réparties entre les deux campus principaux. On ne sait pas encore tout à fait clairement comment le Campus Riverside sera utilisé à des fins d'enseignement. Cependant, on s'attend à ce que les résidents et les résidentes participent à des cliniques ambulatoires et à la chirurgie pour des patients en consultation externe.

À ce jour, L'Hôpital d'Ottawa a formulé un plan en vue de répartir la couverture des résidents et les unités d'enseignement clinique dans l'ensemble de l'organisation. Ce plan a été préparé il y a plusieurs mois et on semble avoir bien progressé vers sa mise en œuvre.

La diminution du nombre de résidents et résidentes et du nombre d'heures de service assurées par chaque résident occasionne des problèmes dans la prestation de services adéquats de soins aux patients dans les deux campus tout en préservant des possibilités de formation et d'études suffisantes pour le résident et la résidente. Comme le nombre de résidents a largement diminué au cours des cinq à dix dernières années, on a connu et on continuera à connaître des problèmes de répartition des résidents et des étudiants en médecine dans l'ensemble des campus pour assurer des soins adéquats aux patients. Ce problème s'est amplifié du fait de l'entente récente de la PAIRO qui a fait diminuer de 25 % le service de nuit assuré par les résidents. Par conséquent, il pourrait ne pas y avoir suffisamment de résidents pour assurer le service dans les deux campus de patients hospitalisés. Les seules options qui restent consistent à regrouper complètement les unités d'enseignement clinique dans un des campus ou à offrir du

service dans les deux campus autrement qu'en comptant sur les résidents. Si les unités d'enseignement clinique sont regroupées, il y aura vraisemblablement un problème au niveau de l'amalgame du service et de l'enseignement. Si elles ne le sont pas, l'autre approche de service nécessitera probablement des dépenses de la part de l'Hôpital pour recruter un ou plusieurs collègues cliniciens, des auxiliaires professionnels, des médecins hospitaliers ou des spécialistes en soins infirmiers cliniques. Il existe une limite aux demandes de service pouvant être faites aux professeurs de médecine, et ce même s'il y en a un grand nombre. Cependant, les ressources dont dispose l'hôpital pour payer la prestation de services par des médecins en dehors des heures régulières sont également limitées. L'hôpital collabore avec les Facultés de médecine et des sciences de la santé pour s'assurer que les stagiaires soient répartis dans l'ensemble des campus de manière à répondre à la fois aux besoins en éducation et en expérience des résidents et aux besoins de l'hôpital en service par les médecins et en soutien aux soins des patients.

Il semble que tous les efforts possibles ont été déployés pour s'assurer que les programmes et les services clés sont couverts. Bien que le MSSLD ait élaboré des plans pour augmenter le nombre de résidents, il ne semble pas que ces chiffres se rapprocheront des pointes atteintes avant la baisse du financement consacré à la formation des médecins. Ces hausses de personnel ne surviendront pas immédiatement. Cependant, lorsqu'elles seront appliquées, elles devraient parer aux pénuries les plus urgentes de personnel à l'interne.

L'hôpital pourrait également étudier les avantages qu'un autre plan de financement (APF) procurerait à son personne médical.

5.2.3 Programmes de la Faculté des sciences de la santé

On s'inquiète également du fait que depuis la fusion, la plupart des professions du domaine de la santé, à l'exception de la médecine, ne sont plus professionnellement entendues et défendues au sein de l'hôpital. Cette situation est partiellement imputable à la gestion de programmes et à l'élimination de la structure organisationnelle des hôpitaux qui, traditionnellement, s'appuie sur les professions. Elle a eue des répercussions sur les possibilités d'enseignement et d'apprentissage des professionnels de la santé autres que les médecins à L'Hôpital d'Ottawa. Il semble que l'Hôpital ait

choisi de régler ce problème en mettant en place une structure de leadership professionnel pour appuyer la pratique professionnelle et la formation clinique. Le rétablissement de cette structure comporte des frais. Cependant, ils sont cruciaux pour la formation d'un certain nombre de programmes touchant les professions de la santé.

La Faculté des sciences de la santé a vécu d'autres problèmes avec la fusion et avec le rajustement ultérieur et prévu des programmes et des services. Plus important encore, les enseignants cliniciens ont été déplacés dans ce système, en particulier dans le secteur des soins infirmiers. Par exemple, un enseignant chevronné dans le domaine des soins infirmiers chirurgicaux aurait pu être déplacé vers les soins intensifs ou l'obstétrique et la gynécologie pendant la fusion. En conséquence, les enseignants cliniciens eux-mêmes doivent apprendre et apprivoiser de nouvelles compétences avant de devenir des enseignants efficaces.

5.2.4 Normaliser les politiques, les pratiques et les procédures

Compte tenu du rôle de la Faculté de médecine dans la normalisation des processus d'enseignement, les campus s'étaient déjà rapprochés en termes de politiques, de pratiques et de procédures d'enseignement normalisées. Il reste du boulot à accomplir pour assurer une certaine continuité entre les campus, mais ce travail ne devrait pas être coûteux. La Faculté de médecine dirige une initiative fondée sur la technologie de l'information pour élargir l'enseignement aux étudiants de premier cycle en médecine. La Faculté prévoit s'assurer que L'Hôpital d'Ottawa est intégré à cette initiative.

5.3 Les coûts de l'enseignement

Les hôpitaux qui existaient avant la fusion avaient une infrastructure parallèle qui appuyait l'enseignement clinique. Les coûts de l'infrastructure ne sont pas importants. Cependant, ils peuvent et devraient être réduits par la création d'une infrastructure unique d'enseignement qui répond aux besoins des trois campus (et d'autres campus si ils sont ajoutés et quand ils le seront). Dans la plupart des hôpitaux, l'infrastructure des programmes d'enseignement est, règle générale, relativement peu coûteuse.

En 1999-2000, l'Hôpital a rapporté avoir dépensé 2,8 millions de dollars en formation de médecins, soit 0,5 % du coût total des opérations hospitalières. On a récemment déployé des efforts pour éliminer les chevauchements de fonctions et de postes, ce qui contribuera à faire diminuer ces coûts. Les coûts de la formation médicale (tels que rapportés par l'Hôpital dans sa balance de vérification du SIG) sont présentés en annexe à ce rapport. Il convient de signaler que les 2,8 millions de dollars ne sont que les coûts exclusivement consacrés à l'enseignement au sein de l'Hôpital. Le produit conjoint du service, de l'enseignement et de la recherche ajoute considérablement au coût d'un hôpital d'enseignement. En 1999-2000, le coût direct moyen par patient hospitalisé par PVR était environ 30 % plus élevé dans les hôpitaux d'enseignement canadiens que dans les grands hôpitaux communautaires[83]. On a imputé cet écart au coût ajouté du soutien à l'enseignement et à la recherche.

La possibilité de conflit entre les intérêts et les besoins en enseignement de l'école de médecine et les ressources financières de l'hôpital servant à appuyer ces intérêts engendre d'autres coûts de l'enseignement. Ce conflit est plus manifeste au niveau du recrutement du personnel du corps enseignant qui doit également être nommé à l'hôpital. Depuis la fusion, cela n'a pas constitué un problème ou un coût majeur pour L'Hôpital d'Ottawa. Toutefois, la Faculté de médecine collabore avec l'Hôpital afin d'élaborer un plan directeur pour recruter du nouveau personnel médical qui rehaussera les activités de l'Hôpital tant en recherche qu'en enseignement. Compte tenu des problèmes financiers de l'hôpital, il devra être certain de pouvoir appuyer les activités cliniques du nouveau personnel et/ou que le nouveau personnel n'ajoute pas de volume de patients non financé et/ou de coûts de fonctionnement à l'hôpital.

5.4 *Activités de recherche – L'Institut de recherche*

L'hôpital et ses instituts de recherche affiliés présentent plusieurs possibilités d'amélioration à leurs projets de recherche :

[83] Benchmarking Comparison of Canadian Hospital, 2000. ACISU/HayGroup

- Éliminer les chevauchements au niveau de l'infrastructure et de la gestion qui découlent de la fusion des instituts de recherche.
- Renforcer les initiatives de souscription de fonds.
- Améliorer le recrutement et le maintien en poste des meilleurs universitaires et cliniciens.
- Faire en sorte que l'Institut de recherche soit mieux adapté à la mission, à la vision et aux objectifs de L'Hôpital d'Ottawa.

Il a déjà été décidé de fusionner les instituts de recherche de l'ancien Hôpital Général d'Ottawa et de l'ancien Hôpital Civic. On est actuellement en quête d'un directeur pour le nouvel Institut de recherche et cette démarche sera complétée sous peu. Le nouveau directeur sera un vice-président et fera partie de l'équipe de gestion de l'Hôpital, ce qui resserre les liens entre l'Hôpital et le nouvel Institut de recherche.

En ce qui a trait aux possibilités offertes, on croit que la fusion permettra à L'Hôpital d'Ottawa de montrer une présence mieux intégrée dans le domaine de la recherche pour attirer des chercheurs cliniciens et des chercheurs en sciences de base bien en vue ainsi que davantage de financement sous forme de subventions revues par des pairs. L'Hôpital d'Ottawa se trouve dans un milieu très concurrentiel pour les cliniciens et chercheurs en sciences de la santé de haut calibre. Un institut de recherche vigoureux et bien financé est donc crucial pour le recrutement et le maintien en poste d'enseignants en médecine et d'autres professionnels de la santé à L'Hôpital d'Ottawa.

Historiquement, les instituts de recherche des deux hôpitaux d'enseignement remplacés par L'Hôpital d'Ottawa se sont livré concurrence entre eux. D'après l'équipe de gestion, une telle concurrence n'est pas conforme à la mission, à la vision et aux objectifs des hôpitaux fusionnés. La fusion des instituts de recherche réduira et, avec le temps, éliminera cette rivalité et cette concurrence historique.

L'ancien Institut Loeb (situé dans le Campus Civic) dispose d'un budget de fonctionnement d'environ le double de celui de l'Institut de recherche au Campus Général. Les instituts de recherche reçoivent du financement opérationnel de L'Hôpital d'Ottawa et, indirectement, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD).

En outre, l'Hôpital appuie de façon autonome les activités de recherche de son personnel clinique. Les coûts engagés par l'Hôpital dans le soutien à la recherche (tels que rapportés par l'Hôpital dans sa balance de vérification du SIG) étaient d'environ 2 millions de dollars en 1999-2000. Ses dépenses en soutien à la recherche sont comparables aux coûts rapportés par ses hôpitaux pairs en Ontario.

L'Hôpital fournit également un soutien financier indirect à l'Institut de recherche qui maintien une entente établie entre l'Hôpital Civic d'Ottawa, la Fondation de l'Hôpital Civic d'Ottawa et l'Institut de recherche Loeb de l'Hôpital Civic d'Ottawa[84] :

- La fondation fournira du financement à l'institut de recherche à même l'exploitation du stationnement de l'Hôpital Civic d'Ottawa. Il s'agit d'environ 2 millions de dollars en financement pour l'institut de recherche qui, autrement, constitueraient des recettes de l'Hôpital.
- L'Hôpital louera de l'espace à l'institut de recherche pour un montant symbolique.

Toutefois, la part du lion du financement consacré à l'activité de recherche de l'Hôpital et son institut provient de diverses subventions étudiées par les pairs. Les instituts de recherche possèdent un dossier enviable dans l'obtention de telles subventions et d'autres formes de financement non attribué par le MSSLD.

Les instituts de recherche offrent un cadre de soutien d'un programme formel de résidence en recherche. La capacité de cette source augmente manifestement les programmes actuels d'enseignement clinique et rehausse le profil universitaire et la compétitivité de la Faculté de médecine et de L'Hôpital d'Ottawa. Ce programme s'inspirera d'un programme semblable offert par la Faculté de médecine de l'Université de Toronto.

Il pourrait être possible de réaliser des économies opérationnelles restreintes par suite du regroupement des instituts de recherche en une entité organisationnelle unique. Il semble que les instituts de recherche bénéficient de services de soutien à l'interne et d'une infrastructure relativement limités.

---

[84] Notes to the Financial Statements of the Ottawa Civic Hospital, 31 mars 1997.

Toutefois, on pourrait relever des chevauchements au niveau de l'infrastructure et réduire les coûts en conséquence. De plus, il y aura vraisemblablement des chevauchements aux niveaux de la gestion intermédiaire et supérieure dans le cadre de la structure organisationnelle de l'institut de recherche fusionné. Même si cela ne s'inscrit pas dans la portée et l'orientation du présent examen, nous incitons le nouveau directeur de l'institut de recherche fusionné à repérer ces chevauchements et à chercher à les éliminer de façon dynamique.

Il semble qu'il y ait peu de chevauchements dans la gamme des activités de recherche exécutées aux instituts de recherche des Campus Civic et Général. Compte tenu des différences qui existent, il y a vraisemblablement peu de chances de regrouper les activités de recherche. Par conséquent, il y a probablement peu à gagner en termes d'économies de coûts par l'élimination des dédoublements d'activité ou du partage de la technologie.

La recherche dans l'ensemble du pays fait l'objet de normes, de politiques et de pratiques différentes. Chacun des instituts de recherche adopte certes des approches différentes des recherches-pilotes et de l'accès aux subventions étudiées par des pairs. La fusion des instituts de recherche permet de normaliser le mécanisme des demandes de subvention et de réaliser certaines économies d'échelle dans le cadre de ces mécanismes et d'autres mécanismes connexes.

La culture de recherche, même si elle est importante pour les Facultés de médecine et des sciences de la santé et pour L'Hôpital d'Ottawa dans son ensemble, ne s'est pas aussi répandue au sein de l'organisation qu'on l'aurait souhaité, en partie en raison de facteurs structurels (p. ex., les instituts de recherche ont été essentiellement distincts de leurs hôpitaux partenaires). L'institut de recherche fusionné devrait relever l'image de marque de la recherche à l'interne au sein de L'Hôpital d'Ottawa et à l'externe dans la communauté et auprès des autres intervenants, y compris l'Université et les industries de la technologie et de la biotechnologie.

Examen opérationnel et vérification de l'efficience clinique de L'Hôpital d'Ottawa

Chapitre 6 – Rapport final

Le 29 juin 20

HayGroup

6.0 Examens des départements

Les pressions exercées en matière de coûts de fonctionnement posent aux hôpitaux le défi de trouver de nouvelles façons de faire, tout en exigeant le maintien, voire l'amélioration de la qualité du service offert. La prestation de services comprend trois éléments intégrés, à savoir :

- les ressources humaines – dotation, organisation, compétences professionnelles, formation et éducation
- la technologie – les « outils » utilisés pour offrir les services (aux systèmes d'information, matériel, etc.)
- les processus – méthodes et l'organisation qui s'appliquent à la façon d'offrir ces services.

Les examens des départements visaient à relever les possibilités dont LHO disposait pour améliorer l'efficience et la rentabilité au sein de certains centres fonctionnels et services.

6.1.1 Exercice de vérification du rendement

Un exercice de vérification du rendement des centres fonctionnels a été effectué afin de déterminer quels secteurs de LHO semblaient disposer de possibilités importantes d'améliorer la productivité et/ou de réduire les coûts. Aux fins du présent examen, les membres du Comité directeur du projet ont convenu que le rendement des centres fonctionnels de LHO serait comparé à un groupe comprenant les hôpitaux d'enseignement de l'Ontario suivants :

- Hamilton St. Joseph's Hospital
- Hamilton Health Sciences Centre
- London, Health Sciences Centre
- Mount Sinai Hospital, Toronto
- St. Michael's Hospital, Toronto
- Sunnybrook and Women's Health Sciences Centre
- University Hospital Network, Toronto

Dans le cadre de l'exercice de vérification du rendement, on a comparé le rendement de chacun des centres fonctionnels de LHO au rendement au 25^{e} centile obtenu par le groupe d'hôpitaux pairs. Le Comité directeur du projet a choisi le niveau de rendement au 25^{e} centile comme seuil de sélection des départements et des centres fonctionnels à examiner dans le contexte de ce projet. On estimait que le 25^{e} centile constituait une attente raisonnable de rendement des centres fonctionnels dans les hôpitaux de l'Ontario. On a pensé que le rendement suivant les pratiques exemplaires ne constituait pas un objectif raisonnable aux fins de ce genre d'examen opérationnel/du financement[85]. (Toutefois, signalons que de nombreux hôpitaux procèdent à une analyse comparative et tentent d'obtenir un rendement suivant les pratiques exemplaires dans leurs exercices continus d'amélioration de la qualité.) La comparaison du rendement des centres fonctionnels de LHO avec le rendement d'autres hôpitaux a été effectuée au moyen de fichiers de données sur la balance de vérification[86] du SIG de 1999-2000 présentés par tous les hôpitaux au MSSLD.

L'exercice de vérification visait à déterminer quels secteurs de LHO semblaient présenter d'importantes possibilités d'améliorer la productivité et d'abaisser les coûts au regard du rendement au 25^{e} centile du groupe pair. L'utilisation du niveau du 25^{e} centile aux fins de la vérification *ne signifie pas* qu'il s'agit du niveau de rendement idéal ou attendu; on a eu recours à ce seuil tout simplement pour déterminer quels centres fonctionnels feraient l'objet de l'examen. Comme bon nombre des centres fonctionnels de LHO offrent un rendement équivalent ou presque au 25^{e} centile de ses pairs, ce ne sont pas tous les secteurs qui ont été visités ou examinés en détail dans le cadre du présent projet.

---

[85] Le Comité directeur a également pris bonne note des difficultés qui se posent dans la présentation d'un rapport sur la charge de travail, la dotation et les coûts dans les hôpitaux de l'Ontario. Le budget du présent projet ne permettait pas d'étudier les rapports présentés sur les hôpitaux comparés afin de confirmer l'exactitude de leurs données. On estimait qu'en retenant le 25^{e} centile comme élément de comparaison, on se prémunirait contre l'utilisation de données tapageuses d'un hôpital comparé comme élément de sélection des centres fonctionnels à examiner dans le cadre du présent projet.

[86] Tous les hôpitaux de l'Ontario doivent faire rapport de données financières et statistiques de façon normalisée.

6.1.2 Entrevues sur le campus, observations et analyses des données de suivi

Ce sont des entrevues sur les campus, des observations et des analyses des données de suivi qui ont permis d'établir le degré et l'ampleur des améliorations à la productivité et les réductions de coûts que pourraient réaliser les centres fonctionnels. Au cours des visites des campus, on s'est concentré sur les domaines suivants :

- processus de conception et de gestion de l'organisation
- opérations et procédures des départements
- coordination et processus entre départements
- installations, matériel et fournitures
- examen de la productivité et de la dotation
- répercussions des autres organisations
- possibilités d'amélioration, y compris le remaniement ou la restructuration des méthodes de travail, les approches concernant d'autres méthodes de prestation de services, une meilleure utilisation des technologies de l'information, etc.

Après notre exercice de vérification du rendement et les examens sur campus, LHO a présenté une liste des corrections de données nécessaires à ses propres données du MSSLD rapportées en 1999-2000 dans le fichier de données sur la balance de vérification du SIG. Il s'agissait d'erreurs et d'omissions et du transfert de la dotation et des coûts d'un centre fonctionnel à un autre. Les changements pertinents aux données ont été apportés à partir de notre examen des modifications exigées aux lignes directrices sur la présentation d'un rapport du MSSLD et de notre expérience des pratiques de présentation d'un rapport de l'hôpital[87]. Les ensembles de données révisées ont été intégrés à notre préparation des objectifs de rendement proposés pour les secteurs étudiés.

À partir des analyses comparatives et des examens sur campus, nous avons recommandé et quantifié les améliorations possibles au niveau de rendement de nombreux centres

[87] En raison de ces changements, le fichier de la balance de vérification du SIG qui en a résulté et qui a été utilisé dans ce projet n'est pas le même que celui ayant été présenté par l'hôpital au MSSLD ou à Hay aux fins de l'analyse comparative des hôpitaux canadiens par l'ACISU.

fonctionnels des hôpitaux. Dans certains de ces centres, les niveaux de rendement proposés ou visés demeureront supérieurs au 25^{e} centile des hôpitaux comparés. Dans d'autres secteurs, l'objectif de rendement est équivalent ou supérieur au 25^{e} centile du groupe pair. Au fur et à mesure que LHO progressera dans l'application de son plan de redressement, d'autres occasions d'améliorer le rendement pourraient également survenir.

Les annexes A et B communiquent les résultats de l'analyse de données de cet examen opérationnel :

- L'annexe A présente les centres fonctionnels examinés et les objectifs de rendement proposés pour ces services.
- L'annexe B présente les résultats de l'exercice de vérification du rendement et les centres fonctionnels qui n'ont pas subi d'examen complémentaire sur le site. Dans certains secteurs, l'intégration des corrections de LHO à leurs données de la balance de vérification du SIG a proposé d'autres centres fonctionnels qui auraient pu être examinés. Toutefois, les données ont été corrigées après que le processus d'examen du centre fonctionnel a été lancé et il ne restait plus de temps ni d'argent pour visiter d'autres secteurs de l'hôpital. Par conséquent, l'hôpital pourrait disposer d'autres occasions d'améliorer le rendement et d'abaisser les coûts qui viendraient s'ajouter à ceux qui ont été établis dans les examens des départements.

6.1 Services des soins infirmiers

Un certain nombre de facteurs ont affecté la prestation de services de soins infirmiers à L'Hôpital d'Ottawa (LHO) depuis sa création en avril 1998. La première année de la fusion a été une année de tourmente et de réorganisation. En 1999-2000, des lits de patients hospitalisés ont été fermés au Campus Riverside, le Département des urgences de Riverside a été converti en un « Centre médical de soins actifs ambulatoires », l'Hôpital Grace de l'Armée du Salut a été fermé, ce qui a entraîné l'intégration de programmes, de médecins et de patients à LHO. Notre analyse de la prestation des services de soins infirmiers s'est concentrée sur 1999-2000 et a tenu compte de l'impact et des répercussions de ces changements sur le volume des patients et sur l'organisation des soins aux patients à L'Hôpital d'Ottawa.

La première section de ce rapport présentera les conclusions concernant les services de soins infirmiers qui semblent s'appliquer à tous les secteurs de programme. Les conclusions propres à chacun des secteurs de programme suivront.

6.1.3 Aperçu et conclusion communes

Plusieurs conclusions sont communes aux services de soins infirmiers, et bon nombre d'entre elles ont trait à l'activité d'intégration de l'organisation en 1999-2000. Manifestement, le personnel des soins infirmiers a vécu une tension considérable au cours des deux premières années de la fusion. Cette tension a engendré des conditions de travail cliniques moins qu'optimales.

Taux d'occupation

Les taux d'occupation élevés dans l'ensemble de l'organisation ont constitué un facteur important de l'efficacité et de l'efficience en baisse du personnel de soins infirmiers de l'hôpital. Le tableau suivant présente les taux d'occupation des programmes de LHO et des hôpitaux qu'il a remplacés depuis 1997-1998, comme le rapporte le plan de fonctionnement de l'Hôpital pour 2000-2001.

Figure 6.1.1 : Taux d'occupation

	Indicateur	Fin d'exercice réelle – 1997-1998	Fin d'exercice réelle – 1998-1999	Prévision de fin d'exercice – 1999-2000	% de chang.
Lits	Médecine/chirurgie	781	830	723	-7,4 %
	Soins intensifs	46	42	50	8,7 %
	Berceaux – USINN	25	25	25	0,0 %
	Obstétrique	103	75	88	-14,6 %
	Berceaux de la poup.	117	117	101	-13,7 %
	Santé mentale	73	76	77	5,5 %
	Total – Courte durée	1 003	1 023	938	-6,5 %
Occupation	Médecine/chirurgie	93,6 %	90,2 %	93,5 %	-0,1 %
	Soins intensifs	78,9 %	98,6 %	94,2 %	19,4 %
	Berceaux – USINN	73,6 %	78,4 %	65,1 %	-11,5 %
	Obstétrique	67,4 %	102,2 %	96,0 %	42,3 %
	Berceaux de la poup.	48,1 %	51,7 %	58,8 %	22,3 %
	Santé mentale	90,0 %	88,2 %	86,5 %	-3,9 %
	Total – Courte durée	90,0 %	91,3 %	93,2 %	3,6 %

Source : Plan de fonctionnement de LHO pour 2000-2001

Certaines des répercussions importantes sur les Services de soins infirmiers des taux d'occupation continuellement élevés comprennent les suivantes :

- Des patients sont placés à l'extérieur du service et ne reçoivent pas de soins du personnel le mieux qualifié.
- Il se fait de nombreux transferts pour déplacer les patients au service approprié ou dans les locaux privilégiés lorsque c'est possible. Des infirmières consacrent quotidiennement beaucoup de temps à ces tâches administratives, ce qui leur enlève du temps pour soigner des patients. En 1999-2000, l'activité de transfert a changé par rapport au niveau de 1998-1999, comme nous l'indiquons ci-dessous :
  - le nombre total de transferts s'est accru de 11 %;
  - les transferts par admission ont augmenté de 6 %;
  - les transferts par jours-patient ont connu une hausse de 9 %.

Le tableau suivant établit une comparaison entre l'activité de transfert de LHO et l'activité de transfert déclarée du groupe pair[88].

Figure 6.1.2 : Activité de transfert de LHO par rapport à celle des pairs

		Transferts par admission	Transferts par jours-patient
LHO	1996-1997	1,60	0,25
	1997-1998	1,81	0,26
	1998-1999	1,89	0,26
	1999-2000	2,01	0,28
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	0,98	0,13
	25e	1,17	0,20
	Médian	1,68	0,26
	75e	1,73	0,27
	Moyen	1,50	0,23

Le taux d'occupation élevé, en plus d'accroître le degré de complexité de la charge de travail en soins infirmiers, se répercute sur les services de soutien sur lesquels les infirmières comptent pour prodiguer des soins. Des problèmes se sont faits jour en ce qui concerne la rapidité et la qualité des services d'entretien ménager et des services de lingerie. Ces

[88] Il s'agit des transferts entre établissements tels que rapportés dans les fichiers sur la balance de vérification du MS. Un transfert est consigné lorsqu'un patient hospitalisé est déplacé physiquement au sein d'un établissement d'un centre fonctionnel à un autre, s'il s'agit du même genre de patient.

problèmes peuvent être occasionnés par la charge de travail supplémentaire liée au nettoyage des lits et des chambres rendu nécessaire par le nombre accru de transferts.

Comme nous l'avons indiqué précédemment dans le présent rapport, si la durée de séjour diminue, il sera possible d'abaisser le nombre total de jours-patient, et donc les taux d'occupation. Ainsi, l'Hôpital devrait pouvoir faire diminuer le nombre d'admissions dans des lits à l'extérieur du service et donc le taux de transferts.

Recommandation :

(29) Les directeurs des programmes médicaux et les vice-présidents des programmes devraient collaborer pour veiller à faire diminuer les taux d'occupation et le volume des transferts connexe, le processus de gestion de l'utilisation de l'Hôpital faisant diminuer la durée de séjour du patient à l'Hôpital.

Roulement de personnel dans les Unités de soins aux patients

En 1999-2000, la fusion et l'absorption des programmes des autres hôpitaux a continué à engendrer un évincement important de personnel dans l'ensemble de l'organisation. Le personnel des soins infirmiers du Campus Riverside et de l'Hôpital Grace a été intégré dans des postes de l'organisation lorsqu'il était possible de le faire. D'autres frais d'orientation et de formation ont été engagés, car certains employés de ces organisations ne possédaient pas les compétences et l'expérience nécessaires pour travailler dans un environnement d'enseignement et de soins tertiaires. En outre, certains employés ont été « évincés » dans des unités où ils n'avaient pas travaillé et ont eu besoin de soutien pour acquérir les compétences professionnelles voulues dans ces secteurs de soins infirmiers.

De plus, il y avait une pénurie de candidats compétents à l'interne et de l'extérieur pour combler les postes d'infirmière autorisée qui s'offraient. En janvier 1999, quelque 162 postes étaient libres, surtout dans les secteurs des soins intensifs. Cette situation n'est pas l'apanage de LHO ou de la région d'Ottawa. Toutefois, les pénuries de personnel compétent occasionnent des difficultés et de la tension à l'avant-scène au niveau de la prestation de soins.

En 1999-2000, on a procédé à l'embauche de 357 personnes, essentiellement de nouveaux diplômés et de nouvelles diplômées. Comme c'est le cas ailleurs, ces recrues ont

habituellement besoin de plus d'orientation et de formation que le personnel expérimenté. En 1999-2000, quelque 852 mutations ont également eu lieu. En présumant que chaque nouvel embauche et mutation requiert en moyenne quatre semaines d'orientation et de formation, ce niveau de recrutement et de mutation a détourné l'équivalent de 100 ÉTP du personnel de soins infirmiers des soins directs à la formation.

Afin de régler le problème du taux de roulement et de mutation élevé au sein du personnel de soins infirmiers et de reconnaître l'importance des problèmes nationaux et provinciaux de recrutement et de conservation du personnel de soins infirmiers, l'Hôpital a constitué le Groupe de travail sur le recrutement et le maintien en poste. Le groupe de travail élaborera des recommandations afin de stabiliser la main-d'œuvre en améliorant la qualité de vie au travail du personnel de soins infirmiers et en augmentant l'efficacité du recrutement hospitalier. La vice-présidente des soins infirmiers et infirmière en chef devrait hâter l'examen et la mise en œuvre des recommandations du groupe de travail.

Installations, équipement et fournitures

Le nombre et la réparation lacunaires de l'équipement approprié peuvent avoir des répercussions négatives importantes sur les soins prodigués aux patients.

- Les Campus Général et Civic éprouvent un problème particulier au niveau du manque de lits appropriés pour les patients. La plupart des lits fonctionnent manuellement et certains ne fonctionnent pas bien. Cette situation se répercute sur la qualité des soins aux patients et fait augmenter la charge de travail du personnel de soins infirmiers. En outre, elle contribue aux blessures en milieu de travail, notamment aux blessures dorsales. De nouveaux lits de l'Hôpital Grace et du Campus Riverside ont été distribués dans les différentes unités en ayant le plus besoin. Il s'agit toutefois d'un facteur clé d'efficacité, d'efficience, de sécurité du personnel et de qualité des soins.
- L'Hôpital ne dispose pas d'un programme d'entretien préventif de l'équipement de base (chaises roulantes, lits, pompes, etc.) dans les secteurs de soins aux patients.
- On a très peu dépensé pour le remplacement d'équipement mineur et pour l'acquisition de nouvelles technologies, favorisant l'amélioration des pratiques (p. ex. civières,

insufflateurs/exsufflateurs thoraciques – USI, instruments de chirurgie ophtalmologique, etc.).

Recommandations :

(30) Les vice-présidents des programmes s'assurent que le remplacement nécessaire des lits de patient et d'autres équipements de soins de patients requis constitue une priorité dans le processus de budgétisation de l'Hôpital.

(31) Le vice-président de la gestion des installations met en œuvre un programme d'entretien préventif structuré de l'équipement de base tel que les lits et les chaises roulantes dans tous les campus.

Processus et structure de gestion des soins infirmiers

En 1999-2000, année de la fusion toute nouvelle de l'organisation, il existait des incohérences dans la présentation de rapports sur les heures d'administration des soins infirmiers. Ces incohérences ont été reconnues à l'interne. Comme l'organisation commence à rajuster les pratiques, les politiques et les modèles de soins, on peut s'attendre à davantage d'uniformité dans la définition et les rapports des heures consacrées à l'administration.

Modèle de prestation des soins infirmiers

L'exercice 1999-2000 a été marqué par un changement d'infirmière en chef. Depuis, un modèle de pratique professionnelle a été élaboré. Un modèle de prestation de soins infirmiers est en cours de préparation et devrait être mis en œuvre très prochainement. Signalons que le même modèle de soins pourrait ne pas convenir à tous les secteurs de soins. Il faudrait s'assurer d'adapter la philosophie des soins infirmiers et le modèle de pratique professionnelle aux modèles de soins qui conviennent aux besoins des patients dans chaque programme de l'Hôpital.

Gestion des programmes

La mise en œuvre de la gestion des programmes à l'Hôpital semble assurer un certain niveau de stabilité. Toutefois, au cours de l'exercice 1999-2000, un certain nombre de facteurs liés à la mise en œuvre de la gestion des programmes ont affecté la gestion des soins infirmiers. Quoique la structure du programme clinique corporatif ait été établie en 1999-2000, un nombre important de démissions de nombreux directeurs cliniques et gestionnaires cliniques (acceptation des programmes de départ, etc.) ont eu lieu pendant cette période.

- Cela a largement contribué à favoriser une certaine

insécurité et un moral à la baisse au sein du personnel de soins infirmiers de l'ensemble de l'organisation.

- L'organisation a perdu une partie importante de la base de connaissances en soins infirmiers et en gestion clinique.

Les démissions de dirigeants de nombreux départements de santé et de soutien alliés dans chacun des campus ont aggravé ces problèmes.

Bien que le modèle de gestion des programmes ait été mis en œuvre en 1998, les trois campus ont mis la structure en opération différemment, ce qui a contribué à semer la confusion au sein du personnel, en particulier chez ceux et celles qui ont été déplacés d'un campus à un autre.

De plus, l'instauration de la gestion des programmes a marqué la nécessité d'un changement dans les rapports sur les heures de gestion des soins infirmiers. Les postes en gestion des soins infirmiers devraient faire l'objet de rapports présentés au ministère (et peut-être à l'interne) par programme, conformément à la structure du Guide SIG.

Recommandations :

(32) Le P.-D.G., les vice-présidents des programmes et l'infirmière en chef assurent une mise en œuvre plus cohérente de la gestion des programmes dans l'ensemble des campus.

(33) Les vice-présidents des programmes veillent à ce que les structures organisationnelles des programmes procèdent à un rajustement de la gestion des soins infirmiers de manière cohérente dans l'ensemble des programmes en rapport avec le rôle qui leur est prévu dans le modèle de gestion des programmes à l'Hôpital.

Heures de congé de maladie

On rapporte que les heures de congé de maladie prises sont en hausse dans l'organisation. D'après les rapports de gestion interne présentés à LHO, les heures totales de congé de maladie du personnel affecté à l'unité (PAU) représentaient 3,2 % du total des heures rémunérées en 1999-2000. Bien que cette proportion ne soit pas élevée comparativement à celle des

autres hôpitaux d'enseignement du Canada[89], les heures de congé de maladie sont passées de 2,6 % des heures totales en 1998-1999 à 3,2 % des heures totales en 1999-2000, soit une augmentation d'environ 46 000 heures de congé de maladie.

Le total des heures des absentistes rapportées par l'Hôpital est le suivant :

En 1998-1999

- le taux de l'Hôpital était de 4,3 %;
- le taux de l'ONA au Campus Civic s'établissait à 5,7 %;
- le taux de l'ONA au Campus Général/Riverside était de 4,9 %.

En 1999-2000

- le taux de l'Hôpital était de 4,6 %;
- le taux de l'ONA au Campus Civic s'établissait à 6,1 %;
- le taux de l'ONA au Campus Général/Riverside était de 5,4 %.

L'organisation a récemment mis en œuvre un programme de gestion des présences, qui devrait être développé avec dynamisme pour contribuer à réduire le nombre total d'heures de congé de maladie.

Heures supplémentaires

Les heures supplémentaires de tout le PAU de LHO ont augmenté de plus de 300 % de 1997-1998 à 1999-2000. L'Hôpital n'a pas établi la portion de ces heures allouée aux soins infirmiers. En présumant que les soins infirmiers représentent la plus grande portion du PAU, on peut soutenir qu'il y a eu une augmentation importante du nombre d'heures supplémentaires dans le secteur des soins infirmiers en 1999-2000.

Recommandation :

(34) Les vice-présidents des programmes et le vice-président des ressources humaines devraient mettre en œuvre de façon dynamique le programme de gestion des présences à l'Hôpital.

[89] 1999 Benchmarking Comparison of Canadian Hospitals: Teaching Hospitals, ACTH & HayGroup, Toronto, page 69.

Remplacement du personnel

L'un des principaux problèmes auxquels les gestionnaires des soins infirmiers sont confrontés à L'Hôpital d'Ottawa réside dans la diversité des méthodes de remplacement du personnel dans les trois campus. Le Campus Général a recours à un système centralisé de remplacement du personnel et le Campus Civic utilise pour sa part un système décentralisé. Le remplacement du personnel absorbe inopportunément une quantité importante de temps de gestion dans les deux campus. Cette situation a des répercussions directes sur l'efficacité du personnel de gestion des soins infirmiers sur le terrain et, indirectement, sur l'efficience et l'efficacité de l'ensemble des services de soins infirmiers. L'organisation peut apporter des améliorations dans ce secteur.

Recommandation :

(35) La vice-présidente des soins infirmiers devrait améliorer et uniformiser les processus de réalisation et de gestion des remplacements de personnel dans tous les campus.

Mesure de la charge de travail

Tel qu'il est actuellement mis en œuvre, le système de mesure de la charge de travail (SMCT) en soins infirmiers ne fournit pas le genre de renseignements dont l'organisation a besoin pour appuyer quotidiennement la gestion de la dotation ou l'affectation des ressources dans le cadre du processus de budgétisation. Bien que les trois campus se servent du SMCT des soins infirmiers du GRASP, on a emprunté des façons différentes de mettre cette méthode en œuvre dans chacun des campus. Par conséquent, les données provenant des systèmes de rapport qui sont présentement utilisés ne peuvent être comparées entre campus, et le personnel de direction des soins infirmiers de LHO remet en question la validité des mesures. L'organisation a accusé un retard dans son projet d'appliquer des améliorations importantes dans ce domaine, en raison de l'an 2000 et des répercussions des SI. En conséquence, on n'a pas pu disposer de renseignements pour comparer les besoins en ressources des secteurs des soins ou des campus. La mesure de la charge de travail représente un outil de gestion important pour les services des soins infirmiers. Il faut corriger les lacunes des systèmes actuels pour pouvoir appuyer les efforts en vue d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, la qualité de la vie en milieu de travail du personnel de soins infirmiers et la cohérence des rapports entre la charge de travail des soins infirmiers et la dotation. En définitive, l'amélioration de la mesure de la charge de travail des

soins infirmiers et du système de dotation aidera les soins infirmiers à mieux gérer la productivité des services de soins infirmiers et à l'améliorer.

La proposition actuelle de mise en œuvre d'un SMCT comporte un investissement important en argent et en temps de personnel (plus de 2 millions de dollars). Le rétablissement de la mesure de la charge de travail des soins infirmiers est crucial pour l'efficacité de la gestion des soins infirmiers. Toutefois, si l'on se fie à notre longue expérience de l'élaboration, de la mise en œuvre et de la gestion des systèmes de mesure de la charge de travail en soins infirmiers dans les hôpitaux d'enseignement du Canada, nous estimons que la proposition actuelle est déraisonnablement coûteuse. On devrait s'efforcer d'élaborer une approche moins coûteuse de remise en œuvre de la mesure de la charge de travail des soins infirmiers. L'examen du plan proposé nous amène à suggérer que l'Hôpital prépare les estimations révisées qui tiennent des éléments suivants :

- l'Hôpital prévoit se servir de la méthode GRASP qui est déjà utilisée dans les deux campus pour patients hospitalisés;
- l'utilisation d'un outil uniformisé dans des unités semblables pour élaborer des outils de MCT pour chaque unité devrait permettre de réduire les coûts estimatifs de mise en œuvre;
- l'expérience à l'interne de mesure de la charge de travail au moyen de GRASP peut être utilisée à l'appui d'un nouveau développement du système;
- la quantité de soutien à la consultation peut être réduite;
- il devrait y avoir des occasions de faire diminuer le temps et les coûts associés au remplacement de personnel;
- on devrait s'informer au sujet d'une approche moins coûteuse de soutien informatique aux fins de la mesure de la charge de travail des soins infirmiers même si cette approche est moins complète.

Nous croyons qu'en nous inspirant de l'expérience de l'Hôpital en matière de mesure de la charge et du système choisi de mesure de la charge de travail, le GRASP, il serait possible d'élaborer une approche beaucoup moins coûteuse de nouvelles élaborations et de nouvelles mises en œuvre pour

répondre aux besoins de la direction des soins infirmiers et aux exigences d'un rapport du ministère.

Recommandations :

(36) La vice-présidente des soins infirmiers et les directeurs cliniques devraient accorder la priorité à la nouvelle mise en œuvre et à l'utilisation de la mesure de la charge de travail des soins infirmiers.

(37) La vice-présidente des soins infirmiers devrait élaborer une approche de nouvelle mise en œuvre de la mesure de la charge de travail des soins infirmiers moins coûteuse que le projet actuellement prévu d'une valeur de 2 millions de dollars.

Gestion des soins

L'organisation a élaboré un plan de pratique des soins infirmiers qui comprend un chemin critique portant sur l'élaboration d'un modèle de prestation des soins infirmiers et se penche sur les répercussions des rôles du gestionnaire, appuie des rôles comme ceux de l'infirmière auxiliaire autorisée et de l'auxiliaire en soins personnels. L'Hôpital devrait s'attaquer aux questions cernées ci-dessous.

Les entrevues réalisées sur le campus ainsi que les observations formulées ont permis d'établir un manque de clarté au niveau des rôles et des responsabilités des gestionnaires cliniques, des chefs d'équipe, et d'autres postes en gestion des soins. C'est l'Hôpital qui a cerné le problème et un examen exhaustif des postes et de la structure en soins infirmiers a pris fin en décembre 1999. L'organisation devrait continuer de mettre en œuvre les recommandations de la présente étude, et plus particulièrement aborder les problèmes associés au rôle de gestion des soins dans les campus. En outre, on a signalé un écart dans l'ampleur des responsabilités des gestionnaires cliniques. Dans certains cas, la responsabilité des gestionnaires semble trop grande pour leur permettre de bien gérer leur personnel et les secteurs de soins.

L'organisation peut étudier le rôle de l'infirmière auxiliaire autorisée dans tous les campus. Il semble exister un écart dans la façon dont les infirmières auxiliaires autorisées sont utilisées dans les campus et au niveau de la mesure dans laquelle les employés respectent leur champ de pratique.

L'auxiliaire en soins aux patients fournit des soins aux patients à titre de membre de l'équipe sous la direction de l'infirmière autorisée. Cette fonction n'est pas utilisée dans tous les campus. Cependant, lorsque de tels postes sont occupés, leur titulaire appuie vigoureusement l'infirmière autorisée dans ses tâches de prestation de services de soins infirmiers. L'organisation a certaines inquiétudes au sujet de la capacité de recruter du personnel approprié pour occuper ce rôle. Une entente a été conclue pour former des personnes dans ce rôle dans un collège communautaire local. L'Hôpital ne participe pas au choix des personnes qui prendront part au programme de formation. De plus, l'Hôpital formule certaines préoccupations concernant la qualité des personnes qui s'inscrivent au programme et le réussissent. Ces réserves ont trait aux exigences de l'emploi à l'Hôpital.

Recommandations :

(38) L'infirmière en chef et la vice-présidente des soins infirmiers devraient clarifier les rôles et les responsabilités des gestionnaires cliniques et des chefs d'équipe.

(39) L'infirmière en chef et la vice-présidente des soins infirmiers devraient établir une certaine uniformité dans le rôle des infirmières auxiliaires autorisées dans tous les campus.

(40) L'infirmière en chef et la vice-présidente des soins infirmiers devraient collaborer plus étroitement avec le collège communautaire au recrutement et à la formation des auxiliaires en soins aux patients.

On s'attend à ce que ces recommandations fassent l'objet du processus de mise en œuvre du modèle de prestation des soins infirmiers de l'Hôpital.

6.1.4 Examen des services du programme

Les constatations concernant certains secteurs de programme sont présentées ci-dessous. Les visites sur campus, les discussions et les observations ont fourni la substance de l'analyse qualitative. En raison de lacunes au niveau des données, nous avons mené l'analyse quantitative à un niveau global relativement élevé. La productivité des soins infirmiers se mesurait en heures de soins infirmiers travaillées par

jours-patient. La productivité des soins infirmiers dans chaque programme était comparée à la productivité des soins infirmiers dans les hôpitaux pairs choisis par le Comité directeur aux fins de ces comparaisons.

On a cerné certaines possibilités d'améliorer les gains de productivité et la qualité dans l'ensemble des secteurs de soins aux patients. Toutefois, tant que les taux d'occupation élevés mentionnés précédemment ne diminuent pas de façon mesurable, il sera difficile d'atteindre les objectifs de rendement.

6.1.4.1 Programmes médicaux et chirurgicaux

Activités de l'Unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés

Les programmes médicaux et chirurgicaux ont été analysés ensemble en raison du nombre de jours-patient à l'extérieur du service et de la difficulté d'isoler des jours et des heures de soins infirmiers associés à ces patients à l'extérieur du service. Les Unités de médecine et de chirurgie ont connu beaucoup de changements au cours de l'exercice 1999-2000. Des Unités de soins infirmiers appuyant les services offerts par des sous-spécialités ont été déplacées ou unifiées, certaines d'entre elles ayant été déplacées aussi souvent que deux ou trois fois en une période de 12 à 18 mois. L'Hôpital a été incapable de fournir des données afin d'appuyer l'analyse des Unités de soins infirmiers ou des programmes médicaux ou chirurgicaux sur une certaine période. Les constatations de notre examen sur campus nous permettent de croire que :

- bon nombre des patients du programme médical qui se retrouvent en dehors du service et qui ont besoin de plus de soins sont soignés dans les secteurs chirurgicaux sans qu'on modifie la méthode de dotation habituelle, ce qui entraîne beaucoup de tension pour le personnel.
- il faut procéder à un examen de la dotation par unité, en particulier dans les Unités de soins médicaux, afin d'assurer une bonne affectation des ressources. Dans l'avenir, ce sera important tant pour les services médicaux que chirurgicaux, car on procédera à un réalignement des services dans les unités.
- l'acuité moyenne par jours-patient (mesurée comme moyenne de la PVR/par jours-patient) est plus faible à

L'Hôpital d'Ottawa que dans ses hôpitaux pairs.[90]. Cette situation découle vraisemblablement de la durée de séjour plus longue des patients à L'Hôpital d'Ottawa que dans ses hôpitaux pairs. L'acuité des durées de séjour prolongé est beaucoup plus faible que celle des jours-patient au début d'une période de soins.

Productivité des soins infirmiers

Dans nos analyses de L'Hôpital d'Ottawa, la productivité du personnel de soins infirmiers est mesurée et comparée sous forme de total des heures travaillées par jours-patient (h/j.-p.).

En 1999-2000, la productivité des Services de soins infirmiers dans le programmes médical et chirurgical de LHO s'établissait à 6,72 h/j.-p. Ce chiffre se situe un peu plus bas que le rendement au 25^{e} centile des Services de soins infirmiers médicaux/chirurgicaux dans le groupe d'hôpitaux pairs[91]. Le 25^{e} centile du groupe pair était établi à 6,76 h/j.-p.[92].

Même si la productivité des soins infirmiers dans les services de médecine et de chirurgie de L'Hôpital d'Ottawa est meilleure que le 25^{e} centile du groupe d'hôpitaux pairs, il existe néanmoins d'autres possibilités d'améliorer la productivité dans certains des secteurs médicaux. Toutefois, compte tenu du taux d'occupation élevé et de l'activité de dotation intense qui en résulte, il n'aurait peut-être pas été possible de diminuer la dotation en 1999-2000. Cependant, si ces problèmes sont corrigés, il sera possible de réduire la dotation dans certaines unités médicales.

---

[90] ACAHO/HayGroup 2000 Benchmarking Comparison of Canadian Hospitals-Teaching Hospitals

[91] Signalons que cette analyse et les comparaisons sous-jacentes ne tiennent pas compte de la variation de l'acuité d'un hôpital à un autre. Tel qu'établie, l'acuité quotidienne moyenne de L'Hôpital d'Ottawa est inférieure à celle de la plupart de ses hôpitaux pairs. Les patients dont l'acuité est plus faible nécessitent moins d'heures de soins infirmiers par jours-patient.

[92] L'Institut de cardiologie représente 16 295 jours-patient et 116 821 heures travaillées. Lorsqu'il est fait abstraction de ces répercussions, le rendement des secteurs fusionnés de la médecine et de la chirurgie est de 6,69 h/j.-p. L'Hôpital est exploité avec moins de personnel de soins infirmiers que le 25^{e} centile des hôpitaux qui lui sont comparés. Toutefois, les statistiques des hôpitaux comparés comprennent un taux relativement élevé d'acuité des soins cardiaques dans les services médicaux et chirurgicaux. (L'Institut de cardiologie est exploité à 7,2 heures par jours-patient; le seuil est bien supérieur au 25^{e} centile des hôpitaux comparés. Encore une fois, cependant, les hôpitaux comparés englobent les programmes qui, bien qu'ils s'ajoutent à la cardiologie et à la chirurgie cardiaque, peuvent nécessiter moins d'heures de soins infirmiers par jours-patient.)

- Signalons que la nécessité d'une analyse globale de toutes les unités médicales et chirurgicales dans l'ensemble des campus ne nous a pas permis d'identifier les Unités de soins infirmiers qui auraient pu être considérées comme dotées façon insuffisante ou excédentaire, ou de faire enquête à leur sujet. Nous n'avons pu, non plus, proposer des objectifs de productivité ou des niveaux de dotation appropriés pour chacune des Unités de soins infirmiers, ni même présenter séparément nos recommandations pour les services de médecine et de chirurgie.

- Sur la foi de notre examen de l'Unité des soins infirmiers des services médicaux et chirurgicaux de L'Hôpital d'Ottawa, nous proposons que l'Hôpital fixe et mette en œuvre un objectif de productivité pour la dotation de personnel infirmier des unités médicales et chirurgicales de LHO à 6,7 h/j.-p. travaillées[93]. Il s'agit du niveau actuel (1999-2000) de productivité des soins infirmiers des services médicaux et chirurgicaux dans tous les campus de LHO. Par conséquent, il ne faudra pas diminuer la dotation de l'effectif actuel des secteurs combinés de la médecine et de la chirurgie pour atteindre et maintenir cet objectif de productivité.

- La réduction des taux élevés d'occupation et de dotation constitue un facteur clé de la capacité de l'organisation d'améliorer ce niveau de productivité des soins infirmiers.

- Recommandations :

(41) Les vice-présidents des programmes devraient affecter des ressources en soins infirmiers au programme de médecine et chirurgie en fonction d'un objectif de productivité combiné de 6,7 heures travaillées par jours-patient.

(42) Les vice-présidents et les directeurs cliniques de la médecine et de la chirurgie, de concert avec la vice-présidente des soins infirmiers et infirmière en

[93] Signalons que si l'Hôpital parvient à réduire la DMS des patients des services de médecine et de chirurgie, les heures de soins infirmiers par mise en congé pourront être réduites et le seront effectivement. Cependant, l'Hôpital devra rétablir (augmenter) l'objectif de productivité des heures de soins infirmiers par jours-patient applicables au reste des jours-patient pour mieux refléter l'acuité moyenne plus élevée par jours-patient des jours-patient moins nombreux qui restent pour chaque épisode de soins des patients hospitalisés.

chef, devraient fixer des objectifs de productivité propres à l'Unité des soins infirmiers des programmes de médecine et de chirurgie qui permettent de maintenir l'objectif de rendement global de 6,7 heures par jours-patient.

(43) Le vice-président et les directeurs cliniques du programme de chirurgie, de concert avec la vice-présidente des soins infirmiers et infirmière en chef, devraient fixer des objectifs de productivité propres à chaque Unité des soins infirmiers du programme de chirurgie qui maintiennent l'objectif global établi pour le programme.

(44) Le vice-président et les directeurs cliniques du programme de médecine, de concert avec la vice-présidente des soins infirmiers et infirmière en chef, devraient fixer des objectifs de productivité propres à chaque Unité des soins infirmiers du programme de médecine qui maintiennent l'objectif global établi pour le programme.

(45) Les vice-présidents des programmes, de concert avec la vice-présidente des soins infirmiers et infirmière en chef, devraient augmenter les objectifs de productivité des soins infirmiers propres au programme concerné de manière à témoigner du fait que l'Hôpital est parvenu à réduire la DMS dans chaque programme.

Cliniques externes

Un certain nombre de cliniques ont été visitées et examinées. Certains problèmes touchent l'ensemble des cliniques. Voici nos observations fondées sur nos visites dans certaines cliniques, sur notre examen de données comparatives et sur notre expérience des cliniques dans d'autres hôpitaux semblables.

- Les cliniques médicales sont dispersées dans l'ensemble de l'organisation, ce qui rend la gestion et la dotation moins efficaces. Les responsabilités et les tâches de chacun sont floues et font l'objet de chevauchements. On pourrait étudier la fonction de l'IAA dans toutes les cliniques. Cette fonction pourrait être utilisée et améliorée lorsque c'est possible.
- Bon nombre des immeubles où logent les cliniques ne sont pas adaptés à des articles tels des chaises roulantes, ce qui fait que le personnel consacre beaucoup de temps à

transporter et à déplacer des patients.

- L'emplacement d'aires souillées et d'aires propres dans certaines des cliniques pose problème.
- L'intégration des dossiers de santé des patients hospitalisés aux dossiers tenus dans les cliniques suscite certains problèmes. Les cliniques tiennent elles-mêmes des dossiers considérables et elles ont donc besoin de personnel à cette fin. De plus, les employés de la clinique ne sont pas entièrement au fait des traitements que subissent les patients hospitalisés et des résultats qu'ils obtiennent. Inversement, les fournisseurs de patients hospitalisés ne sont pas tout à fait au courant des diagnostics et des traitements de ces patients. Ces derniers ne sont pas bien soignés. L'élaboration d'un identificateur unique et soit d'un dossier unifié soit d'un dossier électronique constitue la clé d'une meilleure intégration des renseignements dans tous les campus qui prodiguent des soins, ce qui faciliterait la circulation de renseignements et améliorerait l'efficacité opérationnelle.

La productivité des soins infirmiers dans les cliniques externes se mesure et se compare grâce à l'étalon des heures totales travaillées par visite (h/visite).

Souvent, les cliniques ne sont pas comparables d'un hôpital à l'autre, ce qui rend assez difficile la comparaison de leur productivité. En raison des différences dans la désignation des cliniques, le contenu du travail, la mesure et les méthodes de dotation entre hôpitaux, il est difficile d'établir des comparaisons et celles-ci ne sont pas aussi significatives que les comparaisons d'autres secteurs de l'hôpital. Selon nous, on ne peut raisonnablement présumer d'une comparabilité directe du contenu ou de la mesure du travail entre cliniques ou entre hôpitaux. En elles-mêmes, les comparaisons statistiques ne peuvent être utilisées comme fondement servant à fixer des objectifs de productivité pour chacune des cliniques externes. Quoiqu'il puisse être possible de cerner des possibilités d'amélioration, l'évaluation de l'ampleur des possibilités que présentent les différentes cliniques n'est pas aussi facile dans chaque cas.

Pour tenir compte de ces analyses, il importe de garder à l'esprit que nous comparons l'activité de cliniques externes d'hôpitaux d'enseignement semblables à L'Hôpital d'Ottawa. Quoiqu'il puisse être difficile de comparer les différentes cliniques des hôpitaux, tout porte à croire que les mesures

s'appliquant à l'ensemble de l'activité des cliniques externes des hôpitaux d'enseignement pourraient être davantage comparables. Le tableau qui suit présente des comparaisons de toutes les cliniques à LHO ainsi qu'une mesure semblable des hôpitaux pairs. Comme on peut le voir, il est possible, au 25^{e} centile, d'apporter une amélioration de 12 % à la productivité qui occasionnerait une diminution de personnel de 25 ÉTP.

Figure 6.1.3
Comparaisons de la productivité des cliniques externes

Cliniques combinées : 713500000	LHO 1999-2000	LHO au 25^{e} centile	Chang. (1999-2000)	% de chang. (1999-200)
Heures travaillées	363 394	320 910	-42 484	-11,7 %
Heures des avantages	52 700	46 539	-6 161	-11,7 %
Total des heures rémunérées	416 094	367 449	-48 645	-11,7 %
Total des ÉTP	213,38	188,44	-24,95	-11,7 %
Visites	449 297	449 297		
Productivité : H. trav. par visite	**0,81**	**0,71**	**-0,09**	**-11,7 %**
Échelon de product. du groupe pair	**Minimum**	**Médian**	**75^{e}**	**Moyen**
PAU + M et O – H. trav. par visite	0,68	0,77	1,12	0,90

Compte tenu de notre examen et des données accessibles, nous en venons à la conclusion que l'organisation peut réaliser certains gains de productivité dans ses cliniques externes. Toutefois, nous ne sommes pas certains que les données et notre examen des cliniques soient suffisamment vigoureux pour appuyer une réduction de la dotation de ces secteurs au 25^{e} centile des hôpitaux pairs. Cependant, nous croyons qu'il est possible d'améliorer les méthodes de travail et la productivité, et donc de réduire l'effectif dans les cliniques externes des hôpitaux. Aux fins du présent examen, nous recommandons que l'Hôpital puisse réduire sa dotation de manière à atteindre 50 % de la possibilité existante s'il devait réaliser la productivité au 25^{e} centile de ses hôpitaux pairs. Autrement dit, l'Hôpital devrait chercher à atteindre un niveau de productivité d'environ 0,76 h/visite dans toutes ses cliniques externes. Ce résultat entraînerait une réduction de la dotation de 6 %, soit 12,9 ÉTP, et une économie d'environ 755 000 $ dans les dépenses en dotation en 1999-2000. (L'Hôpital devrait fixer des objectifs de productivité distincts pour chacune de ses cliniques en tenant compte individuellement du travail que représentent les interactions entre patients et fournisseurs et des activités connexes.)

Une meilleure unification des Campus Riverside et Général

pourrait permettre de réaliser ces gains de productivité. L'installation matérielle du Campus Civic est en partie responsable de la difficulté d'améliorer la productivité de manière à bénéficier pleinement de la comparaison avec les hôpitaux pairs.

En outre, pour optimaliser l'efficacité des Services diagnostiques et thérapeutiques de l'Hôpital, les cliniques qui se trouvent dans le Campus Riverside devraient être celles qui nécessitent le moins de soutien des services diagnostiques et/ou thérapeutiques. (Les Services diagnostiques et thérapeutiques devraient être concentrés dans le moins de campus possible pour minimiser les frais généraux de fonctionnement.)

Recommandations :

(46) Les vice-présidents des programmes devraient examiner et établir le rôle et l'emplacement appropriés de chacune des cliniques ambulatoires de manière à réaliser des gains de productivité accrus et à obtenir une meilleure qualité de soins.

(47) Les vice-présidents des programmes et les directeurs médicaux devraient collaborer pour établir et unifier l'activité clinique au Campus Riverside qui ne nécessite pas de services diagnostiques ou thérapeutiques d'intensité élevée.

(48) Les vice-présidents des programmes et les directeurs médicaux devraient s'efforcer d'atteindre un niveau de productivité global des cliniques de 0,76 heures par visite.

Soins de jour et de nuit

La comparaison des soins de jour et des soins de nuit d'un hôpital à l'autre pose certains problèmes, mais ceux-ci ne sont pas aussi considérables que dans les cliniques externes. Nous sommes donc plus confiants que les mesures de la productivité qui permettent de comparer le rendement entre les secteurs des soins de jour et de nuit des hôpitaux fourniront des renseignements significatifs à l'appui du présent examen. Voici nos observations concernant les activités des services de soins de jour :

- Les mécanismes de pré-admission présentent des variantes d'un campus à l'autre. Au Campus Général, une infirmière autorisée fait passer à tous les patients en soins chirurgicaux

de jour une entrevue pré-opératoire d'une durée d'environ 30 minutes. Au Campus Civic, les infirmières n'interviewent pas tous les patients. Il existe un ensemble pré-établi de critères concernant les patients qui devraient passer une entrevue en soins infirmiers dans le cadre du mécanisme pré-admission. Et malgré tout, au Campus Civic, certains médecins demandent que tous leurs patients soient vus en consultation avant la chirurgie. Selon nous, les entrevues en soins infirmiers qui précèdent la chirurgie peuvent être effectuées de manière sélective, en fonction de critères qui établissent le caractère approprié de l'entrevue. L'Hôpital devrait normaliser les vérifications pré-admissions en adoptant la méthode déjà utilisée au Campus Civic.

- L'espace physique constitue un problème pour l'Unité chirurgicale de jour qui est ouverte 24 heures par jour. On a constaté une intensification considérable de l'acuité des patients dans ce secteur, ce qui a étendu la capacité des lieux physiques et du personnel.
- L'Unité des soins médicaux de jour semble incapable de répondre à la demande que suscite ce service.

Encore une fois, le contenu du travail, l'orientation et les rapports des services médicaux et chirurgicaux de jour peuvent varier d'un hôpital à l'autre. Il est difficile de comparer la productivité. Les tableaux suivants comparent le rendement des secteurs les plus coûteux (soins médicaux de jour, S.O. des patients hospitalisés, soins chirurgicaux de jour et endoscopie) de LHO aux hôpitaux pairs.

Soins médicaux de jour	**1999-2000**	**Objectif de LHO**	**Chang.**	**% de chang.**
Heures travaillées	22 509	22 509		
Heures des avantages	2 408	2 408		
Total des heures rémunérées	24 917	24 917		
Total des ÉTP	12,78	12,78		
Visites	9 813	9 813		
Productivité : H. trav. par visite	2,29	2,29		
Échelons des gr. pairs (1999-2000)	**Minimum**	**25e**	**Médian**	**75e**
Productivité : H. trav. par visite	1,61	2,47	3,83	4,83

Chirurgie des patients hospitalisés (SOISRPA)	1999-2000	LHO au 25e centile	Chang.	% de chang.
Heures travaillées	27 562	15 123	-12 438,9	-45,1 %
Heures des avantages	4 098	2 249	-1 849,4	-45,1 %
Total des heures rémunérées	31 660	17 372	-14 288,3	-45,1 %
Total des ÉTP	16,24	8,91	-7,3	-45,1 %
Visites	6 373	6 373		
Prod. PAU + G et O – H. trav. par vis.	4,32	2,37	-1,95	-45,1 %
Échelons des gr. pairs (1999-2000)	**Minimum**	**Médian**	**75e**	**Moyen**
Prod. PAU + G et O – H. trav. par vis.	1,57	2,71	4,75	4,10

Soins chirurgicaux de jour	1999-2000	LHO au 25e centile	Chang.	% de chang.
Heures travaillées	76 418	76 182	-235,7	-0,3 %
Heures des avantages	12 610	12 571	-38,9	-0,3 %
Total des heures rémunérées	89 028	88 753	-274,6	-0,3 %
Total des ÉTP	45,66	45,51	-0,1	-0,3 %
Visites	26 667	26 667		
Productivité : H. trav. par visite	2,87	2,86	-0,01	-0,3 %
Échelons des gr. pairs (1999-2000)	**Minimum**	**Médian**	**75e**	**Moyen**
Productivité : H. trav. par visite	2,60	3,11	3,72	3,35

Endoscopie	1999-2000	LHO au 25e centile	Chang.	% de chang.
Heures travaillées	34 469	31 154	**-3 315**	-9,6 %
Heures des avantages	3 926	3 548	**-378**	-9,6 %
Total des heures rémunérées	38 395	34 703	**-3 692**	-9,6 %
Total des ÉTP	19,69	17,80	**-1,9**	-9,6 %
Visites	14 095	14 095		
Productivité : H. trav. par visite	2,45	2,21	**-0,24**	-9,6 %
Échel. des gr. pairs (1999-2000)	**Minimum**	**Médian**	**75e**	**Moyen**
Productivité : H. trav. par visite	1,32	2,55	3,07	2,98

Comme on peut le constater, les données laissent croire que les services de soins médicaux de jour et de soins chirurgicaux de jour sont passablement efficaces comparativement à ceux de leurs pairs et qu'ils laissent peu de place à l'amélioration[94]. Toutefois, d'après les données présentées, il serait possible d'améliorer la productivité et de réduire les coûts de la SO/SRPA des patients hospitalisés et de l'endoscopie. Les données laissent à penser que l'Hôpital pourrait réduire l'effectif d'environ 9 ÉTP s'il devait fonctionner au 25e centile

[94] Signalons que bien qu'il y ait peu de place pour l'amélioration de la productivité de la main-d'œuvre en soins chirurgicaux de jour, le coût des fournitures autres que les médicaments par intervention est de 14.20 $ comparativement à la médiane des hôpitaux pairs qui est de 6,43 $. Il pourrait être possible d'abaisser le coût du matériel et des fournitures aux soins chirurgicaux de jour.

des hôpitaux pairs. Encore une fois, en raison des limites des données et du temps d'analyse restreint de ces secteurs au cours du présent examen, nous proposons que l'Hôpital vise à atteindre la moitié de cette réduction de l'effectif. Ainsi, en nous fondant sur les comparaisons entre hôpitaux, sur notre examen réalisé dans le cadre de la présente étude, et sur notre expérience de l'étude des services chirurgicaux dans les hôpitaux de l'ensemble du Canada, nous estimons que l'Hôpital devrait s'efforcer d'atteindre le niveau de productivité au 25e centile de 2,4 h/visite dans les SO des patients hospitalisés et de 2,2 heures par visite dans son Unité de l'endoscopie. Toutefois, aux fins du présent projet, l'Hôpital devrait se fixer comme objectif 3,3 heures par visite dans ses SO pour patients hospitalisés et 2,33 heures par visite dans son Unité de l'endoscopie. Si l'Hôpital s'était trouvé à ce niveau en 1999-2000, il serait parvenu à réduire son effectif d'environ 4,5 ÉTP et à économiser environ 250 000 $ dans ses SO pour patients hospitalisés et 65 000 $ en endoscopie.

- Recommandations :

(49) Le vice-président de la chirurgie devrait améliorer l'efficacité des SO pour patients hospitalisés de manière à s'approcher d'un niveau de productivité de 3,3 heures par visite.

(50) Le vice-président de la chirurgie devrait améliorer l'efficacité du Service endoscopique de façon à s'approcher d'un niveau de productivité de 2,3 heures par visite.

6.1.4.2 Unités de soins spéciaux

Les soins dans les USI peuvent être classés en deux niveaux qui sont utilisés pour décrire les différences dans les besoins en soins et en ressources des patients aux soins intensifs[95] [96]. Les patients à l'USI requièrent des ressources et du personnel différents (ayant des niveaux de formation et de compétences différents) selon l'ampleur de leur maladie. Les soins

[95] Critical Care Services and Personnel : Recommendations Based on a System of Categorization into Two Levels of Care American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine. Critical Care Medicine 1999 : 27 :422-426

[96] Task Force on Guidelines, Society of Critical Care Medicine : Guidelines for categorization of services for the critically ill patient. Critical Care Medicine 1991; 19 :279-285

prodigués aux patients les plus malades sont considérés de niveau 1 et comportent généralement une intubation et une ventilation. Sont également visés par ce niveau les patients dont les organes de plusieurs systèmes ont subi des lésions. Les soins dispensés aux patients moins malades qui ne requièrent pas de ventilation et souffrent généralement de lésions à un seul système sont considérés comme soins de niveau 2 de l'USI. Les USI de LHO, comme celles de leurs pairs, offrent ces deux genres de soins. Pour déterminer les besoins en dotation d'une USI, il importe de tenir compte de l'acuité des patients et des besoins connexes en soins. Ce ne sont pas tous les patients de la plupart des USI qui nécessitent des soins de niveau 1.

Compte tenu des renseignements fournis et de l'examen sur campus, la capacité du programme actuel de soins intensifs semble être la suivante :

Campus Général

- 21 lits à l'Unité des soins intensifs[97].
- 4 lits de l'Unité de soins coronariens[98].
- 4 lits pour l'Unité de traumatologie[99].
- 8 lits pour l'Unité d'observation neurologique[100].
- Outre ces 37 lits, il arrive fréquemment que deux ou trois (un maximum de sept) patients de l'USI soient soignés par le personnel de l'USI à l'USPA et, à l'occasion, de un à trois patients au Département des urgences.
- On compte également jusqu'à huit patients en ventilation chronique à l'Hôpital qui, à tout moment, reçoivent des soins dans les unités de patients hospitalisés de la part du personnel de soins infirmiers de ces unités.)

Campus Civic

[97] Ce sont surtout des patients qui ont besoin de soins de niveau 1, mais cette Unité touche un amalgame de patients ayant besoin de soins de niveau 1 et de niveau 2.

[98] Capacité de huit lits, mais dotée seulement pour quatre patients ayant besoin de soins de niveau 2.

[99] Patients ayant besoin de soins de niveau 2.

[100] Patients ayant besoin de soins de niveau 2.

- 18 lits à l'Unité des soins intensifs[101].
- 5 lits dans le secteur des observations neurologiques[102].
- 6 lits du secteur de la surveillance des soins actifs[103].
- Outre ces 29 lits, il arrive fréquemment que de deux à six patients soient soignés par le personnel de l'USI à l'USPA et, à l'occasion, que de un à trois patients se retrouvent au Département des urgences.

Activités : Il semble que les admissions de patients dans les USI soient appropriées. Les scores APACHE sur 24 heures montrent que les admissions dans les USI de LHO sont adéquates. Les hôpitaux pairs inscrits dans le tableau ci-dessous offrent également aux patients un amalgame de soins de niveau 1 et 2.

Figure 6.1.4
Acuité dans les USI

Indicateur	LHO	UHN	Mt. Sinai
Score APACHE mesuré dans les 24 heures de l'admission à l'USI	1999 – 18	Général –19,2 Western - 18,2	22,84 (à l'exclusion des patients postopératoires/24 h
Mortalité réelle	2000 – 24,5 %	Général – 24,1 %; Western – 25,3 %	
Mortalité prévue (l'acuité, telle que mesurée par cet indicateur, a augmenté)	1997 –16,6 % 1998 – 21,6 % 1999 – 29,5 %		

Source : Analyse comparative à LHO.

- Le taux d'occupation très élevé dans les Unités de soins intensifs fait obstacle à l'efficacité des salles d'opération, car certains cas facultatifs sont retardés jusqu'à tard en matinée, alors qu'on sait qu'un lit sera disponible à l'USI.
- Les USPA sont utilisées pour prodiguer des soins des USI. Les soins dispensés dans l'environnement des USPA sont certes moins optimaux que ceux qui sont offerts dans les Unités des soins intensifs. Au moment de l'examen, il y avait seulement un évier à l'USPA du Campus Général. Il n'y avait pas d'aire d'attente pour les familles et les déplacements de patients et autres faisaient en sorte qu'il y

[101] Ce sont surtout des patients qui ont besoin de soins de niveau 1, mais cette Unité touche un amalgame de patients ayant besoin de soins de niveau 1 et de niveau 2.

[102] Patients ayant besoin de soins de niveau 2 ou moins.

[103] Patients du secteur de médecine.

avait constamment de l'activité. Dans les deux campus, on constate un usage prévisible de l'USPA pour les patients en chirurgie qui ont besoin de lits à l'USI.

- Il s'est posé un défi considérable dans les deux campus : la collecte de données sur tous les cas de niveau 1 et de niveau 2. Il faut procéder à une analyse de l'affectation des ressources (la dotation) fondée sur l'acuité et l'amalgame de patients (un système de mesure de la charge de travail). L'Hôpital a élaboré un système et nous l'encourageons à le mettre en œuvre.

- Il existe un problème de taille au niveau de l'équipement et des lits, en particulier au Campus Général. Il y a peu de lits appropriés à l'USI au Campus Général et ce sont des lits types de salle. Il en est résulté des blessures au dos pour le personnel ainsi que des soins moins qu'optimaux pour les patients. Les écrans au Campus Général sont très vieux. Le Campus Civic dispose de trois ou quatre nouveaux grands écrans d'excellente qualité. Le reste des écrans sont désuets. La configuration des lieux au Campus Général est très mauvaise et pratiquement tout le matériel doit être remplacé. La configuration des lieux au Campus Civic est excellente et les lits sont tous des lits assez nouveaux de l'USI. Quatorze des écrans du Campus Civic devraient être remplacés sous peu.

- En 1999-2000, sont survenus des problèmes importants au niveau du recrutement de personnel dans le secteur des soins intensifs. Des stratégies dynamiques ont été mises en place pour recruter et former des infirmières à l'USI. Ces stratégies ont engendré des coûts très importants associés à la formation et au recrutement. La stabilité du personnel devrait faire en sorte d'abaisser les coûts élevés des heures d'orientation. Le recrutement continu rendra nécessaire certains coûts d'orientation. Signalons qu'il faudra toujours assurer de la formation à l'interne.

- Les ratios de la dotation d'infirmiers et d'infirmières à l'Unité des soins intensifs sont supérieurs à ceux des hôpitaux pairs. L'Hôpital se sert d'un ratio un à un plus souvent que nécessaire pour prodiguer des soins à ses patients de l'USI. Il existe d'autres occasions appropriées d'utiliser un rapport infirmière-patient de un à deux à l'USI.

- En juin 1999, quatre lits de l'USMPC ont été ouverts au Campus Général. Les patients du Service de cardiologie qui

avaient précédemment été soignés à l'USI ont ensuite été soignés à l'USMPC. Il en est découlé une augmentation de l'acuité moyenne des patients de l'USI quand les lits libres étaient occupés par des patients autres que ceux du Service de cardiologie.

Productivité des soins infirmiers

La productivité des soins infirmiers se mesure et se compare au moyen du total des heures travaillées par jours-patient (h/j.-p.).

En 1999-2000, l'USI de l'Institut de cardiologie utilisait 94 250 heures travaillées du personnel pour fournir 3 511 jours-patient. Le h./j.-p. dans ce secteur s'établissait à 26,92 heures, soit un total moins élevé que le 25^{e} centile du groupe pair, qui équivaut à 28,53 h/j.-p.

Au cours de l'exercice 1999-2000, l'USI du Campus Riverside avait enregistré 199 jours-patient et 6 266 heures travaillées, soit 32,5 heures par jours-patient. Il s'agit d'un total considérablement plus élevé que celui des hôpitaux comparés. Ces heures font partie de l'analyse effectuée pour 1999-2000. Avec la fermeture de cette unité, les secteurs des soins aux malades en phase critique ont déjà retiré des heures travaillées afin de réaliser des gains de productivité.

Le rendement de LHO pour 1999-2000, qui touche les différentes USMPC, s'établir comme suit :

- USI méd./chir. combinées – Après correction interne visant à justifier la charge de travail à l'USPA, les jours-patient sont de 12 422 et les heures travaillées de 334 265. La productivité s'établit à 26,91 h/j.-p. comparativement au 25^{e} centile, qui est de 23,05 h/j.-p. Si l'unité réalisait un rendement au 25^{e} centile, elle pourrait économiser 28,56 ÉTP.
- L'USI coronarienne – La productivité de ce secteur se rapproche beaucoup du niveau de rendement au 25^{e} centile. LHO était exploité à 15,85 h/j.-p. et le rendement au 25^{e} centile était de 15,08. L'unité pourrait réduire son effectif de moins de deux ÉTP si son rendement atteignait le 25^{e} centile.

Au vu de notre examen et des comparaisons avec les hôpitaux pairs, nous recommandons que l'Hôpital adopte un objectif de productivité applicable à la dotation des Unités des soins

intensifs à LHO de 24,5 h/j.-p. travaillées[104], ce qui est légèrement inférieur à la médiane des hôpitaux comparés. Ce niveau de rendement aurait occasionné une diminution de 17,84 ÉTP par rapport au niveau de 1999-2000 dans les USI combinées des Services médical et chirurgical. (Signalons qu'en 2000-2001, l'organisation a déjà progressé vers ce niveau de productivité et a réalisé une partie de cette réduction de personnel). La diminution du taux d'occupation élevé et l'unification des patients soignés aux USPA dans les USI, de même que la mise en place d'unités efficacement conçues et de taille appropriée dans chaque campus représentent des facteurs clés de la capacité de l'organisation d'atteindre ce niveau de dotation.

Compte tenu de notre examen et des comparaisons avec les hôpitaux pairs, nous recommandons que l'Hôpital adopte un objectif de productivité en matière de dotation de l'Unité des soins coronariens de 15,00 h/j.-p., ce qui serait légèrement inférieur au 25^{e} centile des hôpitaux comparés. Ce niveau de rendement aurait permis de réaliser une diminution de 1,9 ÉTP par rapport au niveau de dotation de 1999-2000 à l'Unité des soins coronariens.

- Recommandations :

(51) Le P.-D.G. devrait collaborer avec LHO pour assurer un nombre approprié de lits de l'USI et suffisamment d'espace pour la prestation de services de soins intensifs.

(52) L'Hôpital devrait remplacer les lits de l'USI par de nouveaux lits appropriés de l'Unité des soins pour malades en phase critique.

(53) Le directeur clinique devrait réduire les niveaux de dotation des USI de manière à atteindre un niveau de productivité de 24,5 heures travaillées par jours-patient.

(54) Le directeur clinique devrait réduire le niveau de dotation de l'USMPC de façon à atteindre un niveau

[104] L'objectif de productivité touche les PAU et le personnel des Services de soins infirmiers en G et O. Il ne comprend pas les formateurs en soins infirmiers (qui devraient faire partie du centre fonctionnel de formation à l'interne) ni le personnel affecté aux thérapies ou au soutien. Il comprendrait les infirmières affectées à la mise en congé et les commis des unités.

de productivité de 1 500 heures travaillées par jours-patient.

6.1.4.3 Programme des naissances

Le réaménagement du programme d'obstétrique a pris fin en juin 1999. La répartition des services dans l'Hôpital s'est faite de la façon suivante :

- Les soins primaires et secondaires aux Campus Civic et Général.
- Les services tertiaires au Campus Général.
- La pouponnière de niveau III au Campus Général (24 semaines et plus).
- La pouponnière de soins spéciaux au Campus Civic qui offre des soins améliorés de niveau II aux nouveau-nés (32 semaines et plus[105]).
- La BSP du Campus Civic offrira des soins sur respirateur pendant un maximum de 36 heures. Un nouveau-né qui devrait avoir besoin d'un respirateur pendant plus de 36 heures est transféré à l'USINN au Campus Général.
- Le programme de FIV au Campus Civic qui fournit une surveillance dans le cadre d'une approche à risque élevé de début de grossesse.
- Selon le plan de fonctionnement de 2000-2001 de LHO, il y avait en 1999-2000 une moyenne de 88 lits en activité et de 101 berceaux (y compris la PSP du Campus Civic) ainsi que 25 berceaux de l'USINN.
- Le total des jours-patient pour 1999-2000 s'établissait à 28 018, soit une légère augmentation par rapport à 1998-1999. Aucune augmentation importante du volume des patients n'a été associée à la fermeture de l'Hôpital Grace. Les directives de la CRSS s'appuyaient sur le fait que 100 % du volume de l'Hôpital Grace était transféré à l'Hôpital Queensway Carleton.
- La DMS du Département d'obstétrique était en 1999-2000 de 3,01 jours selon les données rapportées par l'ICIS (à l'exclusion des décès, des transferts et des sorties).

[105] Exception faite des nouveau-nés de 28 semaines et plus si la mère est patiente d'un médecin du Campus Civic.

- Le total des jours-patient de l'USINN était de 7 193 en 1999-2000. La DMS était de 6,63[106].

Activités Voici certaines des caractéristiques uniques du programme des naissances à L'Hôpital d'Ottawa :

- Le Campus Général trie approximativement de 490 à 510 patients par mois, dont seulement environ 300 vont en phase active du travail. Dans le cadre de ces analyses, les patientes qui ne vont pas en phase active du travail (soit environ 200 ou 40 % des patientes qui se présentent au programme) ne sont pas comprises dans la charge de travail du programme, car aucun jours-patient n'est enregistré pour ces patientes. Il pourrait être avantageux de prendre cette charge de travail en compte de même que les ressources utilisées à cet égard dans le contexte du programme des patients hospitalisés; ainsi, la véritable charge de travail et l'utilisation de ressources dans le secteur des patients hospitalisés peuvent être considérées. Toutefois, en comparant LHO aux hôpitaux pairs, nous présumons que ces derniers reçoivent également des patientes qui ne vont pas en phase active du travail et ne sont pas comprises dans la mesure de la charge de travail.
- Au Campus Général, dans le programme des naissances, l'Unité de soins infirmiers 8W disposait de six lits souples occupés par des patients du Service de médecine à acuité élevée depuis juin 1999. Cette situation n'a pas semblé causer de problème au niveau du programme des naissances. Le personnel de ce programme soigne ces patients. L'Hôpital pourrait réévaluer cette affectation des patients en soins actifs du Service de médecine à une unité d'obstétrique; il conviendrait peut-être davantage d'accueillir des patients d'ANS ayant surtout besoin de soins de soutien.
- En 1999-2000, on a connu certains problèmes liés au soutien accordé aux nouvelles mères dans la communauté. Le Département de santé publique avait fermé certains services d'accueil postnataux en raison d'un manque de personnel et il était difficile de respecter les critères du CASC concernant la prestation de visites à domicile. Dans certains cas, cette situation s'est répercutée sur la durée de séjour.

[106] LHO 2000-2001 Operating Plan, Form 9 – Inpatient Service Statistics.

- Le service offert en obstétrique est considéré comme stable. Une entente de travail couvrant le personnel médical a permis d'éviter, à toutes fins pratiques, les problèmes de services offerts à l'interne aux nouveau-nés dans les campus, de services de nuit, et ainsi de suite. L'Hôpital a ouvert une nouvelle clinique pour tenter d'améliorer l'accès aux médecins.
- Il y a moins de médecins résidents et il existe un déséquilibre apparent dans le nombre de résidents œuvrant dans les différents campus. Il s'agit d'une préoccupation au sein du programme des naissances.
- Il existe une relation de travail positive entre les pouponnières des deux campus. Comme nous l'avons indiqué précédemment, le Campus Civic dispose d'une unité améliorée de soins spéciaux à l'intention des bébés de plus de 28 semaines. La condition des bébés qui doivent être ventilés est surveillée de près et ceux qui devraient l'être pendant plus de 36 heures sont transférés à l'USINN du Campus Général dans les meilleurs délais. Au Campus Civic, on compte environ 25 lits et le ratio infirmière-patients est de un à un ou un à deux. Le coût est d'environ 3 millions de dollars. Les coûts de cette pouponnière s'inscrivent dans le budget du programme des naissances, et non dans le budget des soins intensifs aux nouveau-nés. L'Hôpital prétend que cet état de fait pourrait contribuer aux écarts obtenus lors de la comparaison de ce programme des naissances avec ceux de ses pairs. Toutefois, si les patients qui ont besoin de soins de niveau III sont transférés comme il se doit à l'USINN du Campus Général, alors les patients qui restent à la pouponnière du Campus Général sont vraisemblablement semblables à ceux des hôpitaux pairs. Autrement, il faudrait peut-être transférer davantage de patients de la pouponnière du Campus Civic à l'USINN du Campus Général. Compte tenu de l'accès intraorganisationnel à l'USINN du Campus Général, très peu de patients de la pouponnière du Campus Civic devraient avoir besoin de soins infirmiers de un à un pour une longue période.
- L'organisation examinera les possibilités d'améliorer l'efficacité de l'USINN et de la PSP, ces améliorations devraient être apportées dans le contexte de l'ensemble du programme des naissances, d'une qualité et d'une efficacité accrues grâce à l'unification des soins tertiaires dans un seul

campus et de la philosophie de soins axés sur la famille du programme.

Productivité des soins infirmiers

La productivité des soins infirmiers se mesure et se compare en total des heures travaillées par jours-patient (h/.-p.).

Le programme s'engage à offrir des soins infirmiers de un à un aux mères qui sont en phase active du travail et suffisamment de personnel postnatal pour obtenir un rapport d'une infirmière pour chaque quatre dyades mère-nouveau-né. Cette approche de dotation de l'Unité du travail et des accouchements se conforme à la recommandation du rapport du Groupe de travail sur les césariennes du Conseil ontarien des services de santé pour les femmes intitulé « Adoption et maintien de pratiques exemplaires concernant le recours aux césariennes ».

En 1999-2000, le rendement de LHO au titre du programme des naissances s'établissait à 9,78 h/j.-p., soit un rendement supérieur au 25^{e} centile des hôpitaux comparés, qui est de 9,26 h/j.-p. Si l'Hôpital avait été exploité à ce niveau, il aurait été en mesure de réduire son personnel d'environ 16 ÉTP.

Le rendement de LHO en 1999-2000 dans l'USINN était de 16,4 h/j.-p. Le 25^{e} centile des hôpitaux comparés s'établissait à 14,23 h/j.-p. Si l'hôpital avait été exploité à ce niveau, il aurait pu réduire son personnel de 9 ÉTP.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, les possibilités de réaliser des gains de productivité dans le cadre du programme des naissances devaient être étudiées pour l'ensemble du programme. Signalons qu'il faudra vraisemblablement effectuer certaines rénovations, comme la destruction d'un mur, pour permettre au personnel d'être plus efficace afin de réaliser des gains de productivité à l'USINN.

Les objectifs de productivité recommandés pour le programme des naissances ont été fixés de manière à tenter d'assurer la plus grande flexibilité possible afin que le programme réalise des économies.

Compte tenu de notre examen et des comparaisons avec les hôpitaux pairs, nous recommandons que l'Hôpital adopte un objectif de productivité de 15,45 h/j.-p. pour la dotation des Unités de soins intensifs des nouveau-nés à LHO, ce qui est supérieur au 25^{e} centile des hôpitaux comparés. Il en découlerait une réduction de personnel de 4 ÉTP et des économies d'environ 290 000 $ sur les niveaux de dotation de

1999-2000. Nous recommandons également que l'Hôpital adopte un objectif de productivité de 9,56 h/j.-p. pour la dotation du programme des naissances, ce qui correspond au niveau médian des hôpitaux comparés. Il serait ainsi possible de diminuer le personnel de 7 ÉTP et d'épargner environ 460 000 $ sur les niveaux de dotation de 1999-2000.

Recommandation :

(55) Le vice-président de l'obstétrique et de la gynécologie et le directeur clinique du programme des naissances devraient réorganiser l'ensemble du programme des naissances pour atteindre des niveaux de productivité de 15,45 h/j.-p. pour l'UNISS et de 9,56 h/j.-p. pour le reste du programme des naissances.

6.1.4.4 Salles d'opération

À l'heure actuelle, LHO dispose de 43 salles d'opération (SO). Le Campus Civic compte pour sa part 16 salles d'opération dans l'immeuble principal ainsi que deux salles de césarienne et trois salles d'opération à l'Institut de cardiologie. Il y a 11 SO et deux salles de césarienne au Campus Général. En décembre 1999, le Campus Riverside disposait de 9 salles d'opération. Le bloc-opératoire principal du Campus Riverside comprend cinq SO et une salle de cystoscopie. (On prévoit que la sixième SO de Riverside devra être actualisée pour acquérir le volume prévu de chirurgies de jour qui sera orienté vers ce campus). De plus, trois salles sont consacrées à l'ophtalmologie.

Activités

Voici certains des grands problèmes qui touchent les salles d'opération :

- Disponibilité des lits de chirurgie – À tous les jours, les gestionnaires doivent consacrer de une à quatre heures pour trouver des lits à des patients.
- Acquisition de biens d'équipement – Technologie nécessaire pour s'adapter aux changements de pratique et aux augmentations de volume (quête quotidienne de civières).
- Du point de vue des SO, il semble être nécessaire d'améliorer le soutien provenant d'ATD :
  - absence d'une voie de communication appropriée entre ATD et les SO dans tous les campus

- écart dans les politiques et les processus de traitement des instruments dans les différents campus (p. ex. clignotement des instruments, etc.)
- fourniture et assemblage de boîtes (p. ex. plus de 1 500 cartes de préférence au Campus Général peuvent contribuer aux problèmes relatifs aux instruments)
- certains expriment des préoccupations concernant la participation des SO au processus d'évaluation des produits
- il y a un manque apparent d'entretien préventif. Il manque des chaises roulantes et des civières et certaines sont brisées, ce qui occasionne des retards dans le début de la chirurgie.

- 40 000 $ en lavages chirurgicaux des mains ont été perdus.
- L'activité du Comité concernant les gestionnaires de la SO pourrait être revue afin de s'assurer d'une participation plus appropriée des gestionnaires.

Productivité de l'Unité des soins infirmiers

La productivité de l'Unité des soins infirmiers dans les SO se mesure et se compare en total des heures travaillées par cas (h/cas).

En se fondant sur les comparaisons avec les hôpitaux pairs, on peut affirmer qu'en 1999-2000, les SO de LHO semblent avoir été très efficaces. La productivité des salles d'opération de LHO était de 7,86 h/cas. C'était la plus efficace des hôpitaux pairs. La deuxième productivité la plus basse des hôpitaux comparés s'établissait à 8,34 heures par cas[107]. Les SO ont recours à la fois à des IA et à des TSO. Chaque salle montre un ratio de 2,5 employés par salle, ce qui constitue une pratique courante. Nous estimons qu'il existe des problèmes liés à la qualité des soins infirmiers émanant de la productivité des soins infirmiers à l'Hôpital. Nous croyons donc que l'Hôpital devrait maintenir ce niveau de productivité.

Le rendement des SO en cardiologie (qui devrait être l'Institut de cardiologie) était de 10,49 heures par cas. Le 25^{e} centile des hôpitaux comparés du centre fonctionnel 712604200 (SO en

[107] Comme dans bon nombre de comparaisons, nous ne sommes pas en mesure de contrôler l'acuité des cas dans les SO.

cardiologie) était de 5,59 heures par cas[108]. Il n'y a pas eu d'examen à l'IC. Il est donc impossible de formuler des observations sur les caractéristiques opérationnelles pouvant expliquer cet écart par rapport au rendement des hôpitaux pairs. Si les SO en cardiologie atteignaient la norme comparative des SO, il serait possible d'épargner environ 26 ÉTP. Cette économie a été attribuée à la portion de l'Institut de cardiologie rattachée aux économies éventuelles réalisées pour L'Hôpital d'Ottawa.

6.1.4.5 Salles de réveil post-anesthésique

La capacité de l'USPA à LHO est la suivante :

- USPA du Campus Général
- 18 lits au total
- de 3 à 6 lits pour l'USI
- de 12 à 15 lits qui sont généralement changés plus de quatre fois par jour pour environ 45 patients par jour

USPA du Campus Civic

- 26 lits au total
- USI satellite
- de 9 à 11 lits pour patients à traitement rapide qui sont généralement changés quatre fois par jour, pour environ 40 patients/jour
- de 11 à 12 lits pour les patients hospitalisés et/ou les patients à l'urgence, qui sont changés deux fois par jour

USPA du Campus Riverside

- de 7 à 10 lits au total

En 1999-2000, on a enregistré 33 347 visites.

Activités Les entrevues réalisées sur le campus ont fait ressortir les problèmes opérationnels suivants :

- Dans les deux campus, on prévoit se servir de l'USPA pour des services chirurgicaux qui nécessitent des lits pour soins infirmiers aux malades en phase critique. (Pendant des

[108] Signalons qu'un nombre relativement peu élevé des hôpitaux comparés avaient recours à un centre fonctionnel pour faire rapport du volume de chirurgies.

années, on a reconnu que ces patients ne bénéficient pas de suffisamment de lits de soins infirmiers pour malades en phase critique; il faut donc prévoir de 12 à 48 heures pour faire admettre ces patients à l'USPA lorsque ces patients ont bénéficié de services chirurgicaux.) Les soins prodigués à ces patients peuvent être dispensés par l'anesthésiste et/ou par les services chirurgicaux et sont pris en charge par le personnel de l'USPA. Si le spécialiste des soins intensifs est consulté et si on lui demande d'assumer la responsabilité des soins aux patients, il est alors inclus dans les statistiques d'admission à l'USI et soigné par le personnel de cette unité.

- Outre ce qui précède, certains patients passent la nuit à l'USPA. Ces séjours sont attribués aux éléments suivants :
  - pratique du médecin
  - l'USMPC n'admettra pas de patients sur respirateur ou ayant des cathéters artériels
  - tous les patients qui ont un arrêt cardiaque vont à l'USPA.
- Les taux d'occupation élevés dans les Unités chirurgicales se répercutent sur l'USPA et les heures supplémentaires effectuées dans cette unité sont attribuables aux patients qui ne peuvent pas être transférés dans un lit pour patient hospitalisé lorsqu'ils répondaient aux critères de mise en congé de l'USPA.

Productivité de l'Unité des soins infirmiers

La productivité de l'Unité des soins infirmiers est mesurée et comparée sous forme de total des heures travaillées par visite (h/visite).

En 1999-2000, la productivité des USPA était de 3,18 h/visite, ce qui est légèrement supérieur au 25^{e} centile des hôpitaux comparés, à 2,99 h/visite. Quoiqu'il soit possible d'épargner environ 3,7 ÉTP, la majeure partie de cette économie est vraisemblablement attribuable aux patients qui passent la nuit à l'Hôpital, ce qui découle du taux d'occupation élevé de l'Hôpital. Il serait possible de réaliser de telles économies si les patients étaient transférés des USPA dans un lit de l'USI ou dans les unités.

Le rendement réalisé en 1999-2000 dans les USPA en cardiologie était de 12,71 h/visite et n'est pas compris dans l'objectif de rendement mentionné précédemment. On ne dispose pas de renseignements comparatifs pour ce centre fonctionnel.

Étant donné notre examen du secteur et la comparaison avec les hôpitaux pairs, nous recommandons que l'Hôpital maintienne son niveau actuel d'employés de 3,18 h/visite. Ainsi, il n'y aura pas de réduction du nombre d'ÉTP par rapport au niveau de 1999-2000. Toutefois, si le nombre de séjours de nuit et prolongés dans la SRPA diminue, il faudra envisager de réduire la dotation à environ 3,0 h/visite, ce qui permettrait de diminuer le personnel d'environ 3,0 ÉTP.

- Recommandations :

(56) Le vice-président de la chirurgie et les directeurs cliniques du Département de chirurgie devraient diminuer, voire éliminer le nombre de séjours de nuit à l'USPA.

(57) Le vice-président de la chirurgie et les directeurs cliniques du Département de chirurgie devraient éliminer sa dépendance à l'USPA comme site de soins de l'USI et de l'USMPC.

6.1.4.6 Psychiatrie

Le Programme de santé mentale met 35 lits à la disposition du Campus Civic et 41 lits à la disposition du Campus Général. Le taux d'occupation moyen s'élève à 80 % au Campus Civic et à 100 % au Campus Général[109]. La DMS est de 13,6 jours au Campus Civic et de 17,5 jours au Campus Général.

Activités

- Les travaux visant à intégrer l'activité par suite de la fermeture du Service d'urgence pour patients en psychiatrie de l'Hôpital Royal Ottawa aura des répercussions sur la prestation de services aux patients hospitalisés.
- La configuration des lieux constitue un problème dans les deux campus. On a largement recours aux personnes de compagnie à cause du manque de mesures de sécurité (aire verrouillée, alarmes, etc.) et des possibilités de développement des patients.
- La population de patients change et comprend des patients plus âgés en psychiatrie (personnes âgées fragiles) ayant des besoins personnels plus importants.

[109] 2000 Profile and Planning Guide for Accreditation

- Les employés sont embauchés à long terme et souffrent d'épuisement professionnel. On prévoit un taux de roulement du personnel élevé.

Productivité de l'Unité des soins infirmiers

La productivité de l'Unité des soins infirmiers se mesure et se compare en total des heures travaillées par jours-patient (h/j.-p.).

En 1999-2000, la productivité en psychiatrie était de 5,72 h/j.-p., soit légèrement plus que le 25^{e} centile des hôpitaux comparés, à savoir 5,74 h/j.-p. La dotation semble appropriée. Des problèmes se posent concernant la variation dans la durée des quarts et les heures de début dans les campus.

Nous recommandons que les soins infirmiers dans le programme de santé mentale maintiennent leur niveau actuel de productivité. Nous recommandons donc un objectif de productivité de 5,72 h/j.-p. pour les soins infirmiers dans le cadre du programme de santé mentale. Cela se serait traduit par une absence de réduction d'ÉTP par rapport au niveau de dotation de 1999-2000.

Recommandation :

(58) Les directeurs cliniques du programme de santé mentale et les vice-président de la gestion des installations devraient collaborer pour trouver des façons efficaces de rénover les installations, ce qui fera diminuer la nécessité de faire appel à des personnes de compagnie.

6.1.5 Urgence

Les Campus Civic et Général offrent un service complet par l'entremise de leurs départements de soins tertiaires d'urgence qui fonctionnent 24 heures par jour. De plus, le Campus Riverside a un centre de soins d'urgence en opération de 7 h à 23 h. En 1999-2000, tous les campus avaient reçu 139 244 visites. On prévoyait que les rénovations d'avril 1999 permettraient au Campus Civic de recevoir 60 000 visiteurs, au Campus Général d'en accueillir 53 000 et au Campus Riverside d'en servir 45 000.

Activités

Au Département des urgences, on accuse un retard considérable dans le traitement des patients qui avaient été vus à ce département et qui doivent être admis à l'Hôpital. Bon

nombre de ces patients admis résident au DU pendant de longues périodes en attendant d'avoir accès à un lit pour patients hospitalisés.

De plus, l'Hôpital a pour pratique de se servir du Département des urgences pour « retenir » les patients ayant été mis en congé par d'autres secteurs de l'hôpital, comme la chirurgie de jour ou la médecine nucléaire, ou comme aire d'attente à 17 h pour les patients qui sont en attente de SANDS (un service d'ambulance privé qui ne se rendra pas à l'unité pour transférer des patients). Cette situation ajoute à la congestion et au coût de la SU.

Par conséquent, les lieux physiques des Départements des urgences de l'Hôpital Civic et de l'Hôpital Général ne conviennent pas pour répondre aux demandes de services de patient qui leur sont faites, ce qui entraîne un surpeuplement des Départements des urgences, et des conséquences néfastes tant pour les médecins que pour les infirmiers et infirmières.

L'espace inadéquat, le moral à la baisse des fournisseurs de soins de santé et un manque général de ressources ont entraîné la détérioration continue de la qualité des soins telle que perçue pour les fournisseurs de soins. Cette spirale descendante entraîne une augmentation des coûts de la prestation des soins ayant cédé le pas à la nécessité de financer les heures supplémentaires effectuées par le personnel de soins infirmiers, d'acquitter les droits à verser à des agences pour veiller à ce qu'il y ait suffisamment d'infirmiers et d'infirmières, et de compenser les inefficacités inhérentes à la prestation de soins aux patients hospitalisés dans ces départements d'urgences.

Il y a de moins en moins de médecins conseils à l'Hôpital, en particulier si l'on tient compte des négociations achevées récemment avec PAIRO qui se sont traduites par une diminution du nombre d'heures réservées au personnel à l'interne à l'Hôpital. De plus, l'évolution du rôle des médecins de famille dans le système de soins de santé d'Ottawa a des répercussions sur le Département des urgences, car ces médecins s'éloignent de plus en plus des soins actifs dispensés à l'Hôpital.

Il semble qu'il soit difficile d'avoir accès à des ressources de soins à domicile pour répondre aux besoins des patients des DU. Ces problèmes d'accès aux soins à domicile font en sorte

que les patients qui sont au Département des urgences ont plus de difficulté à obtenir leur congé pour retourner à la maison. De plus, les patients qui ne peuvent obtenir de soins à domicile retournent en de multiples occasions au Département des urgences pour obtenir des services comme des antibiotiques par intraveineuse.

Signalons que le volume des visites au Centre médical de soins actifs de 16 heures dépasse maintenant celui de l'ancien Département des urgences fonctionnant 24 heures par jour au Campus Riverside. Quand les volumes ont commencé à augmenter au Campus Général, c'est-à-dire après que l'unité de DU de Riverside ait été rebaptisée CMSA, l'Hôpital a entrepris une campagne de publicité pour clarifier le nouveau rôle du CMSA afin de tenter d'éloigner le volume des patients du DU de Général. Peut-être la publicité a-t-elle servi par mégarde à promouvoir le CMSA et non seulement à éloigner les patients du DU de Général en faveur du CMSA de Riverside, mais elle a peut-être également attiré de nouveaux patients qui ne se servaient pas du DU pour recevoir des soins primaires. Si l'on se fie à notre expérience ailleurs et à notre examen du CMSA, il semble que davantage de patients aient demandé des services de soins primaires au CMSA.

Le coût de la prestation au Centre médical de soins actifs de Riverside est relativement élevé si l'on tient compte de l'acuité relativement faible dans ce secteur. Une fois l'établissement ouvert, il faut mettre à la disposition des patients du CMSA un minimum de personnel infirmier et des Services diagnostiques et thérapeutiques minimaux de soutien. Toutefois, l'Hôpital pourrait abaisser considérablement ses coûts en soignant ses patients au DU d'un hôpital de soins actifs plutôt que dans un CMSA. La littérature a bien démontré que le coût marginal de la prestation de soins à ces patients dans l'environnement général de l'hôpital est à toute fin pratique négligeable[110]. Ainsi, les économies de coût découlant du transfert de ces activités au Département des urgences des Campus Civic et Général entraîneraient des gains de productivité importants. De plus, les ressources actuellement consacrées à l'Unité du CMAC du Campus Riverside seraient mises à la disposition des DU pour répondre aux besoins des nouveaux patients et des patients en situation d'urgence plus rapidement qu'il est

[110] Williams, Robert M., "The Costs of Visits to Emergency Departments", New England Journal of Medicine, 7 mars 1996, pages 642 à 646.

actuellement possible de le faire. L'Hôpital devrait au moins s'efforcer de limiter le nombre de visites des patients et le coût de cette nouvelle initiative de soins primaires au Campus Riverside.

Quoiqu'un système de suivi du Département des urgences déjà mis en place dans les deux campus permette au département de tracer le portrait du temps de traitement des patients, des données plus précises, reproductibles et présentables sur des questions sur le temps de traitement au laboratoire et le rendement de la radiologie sont nécessaires.

Le modèle des hôpitaux d'enseignement présente presque par définition des manques d'efficacité inhérents. Souvent, ces lacunes découlent du fait que les patients attendent plusieurs heures entre la demande d'une consultation et une décision définitive d'admission ou de mise en congé par un service de consultation.

Le personnel interne ordonne les enquêtes au Département des urgences qui, en réalité, sont pertinentes uniquement dans l'épisode de soins qui touchent un patient hospitalisé, et ce parce qu'on sait que le test et les spécimens seront traités plus rapidement qu'ils le seraient dans le cas de patients hospitalisés se trouvant dans des salles d'hôpital.

Productivité des DU

La productivité est mesurée et comparée selon le total des heures travaillées par visite (h/visite).

En 1999-2000, la productivité du programme des urgences s'établissait à 1,98 h/visite, soit moins que le 25^{e} centile des hôpitaux comparés, c'est-à-dire 2,14 h/visite. Ces statistiques pourraient laisser croire que le secteur est exploité à un niveau de productivité dynamique et que les ressources peuvent être limitées. Toutefois, l'acuité moyenne des visites au Campus Riverside est moindre que celle que l'on prévoirait dans un DU et aide vraisemblablement l'Hôpital à maintenir des heures de visite plus basses. Près de 30 % du volume des visites consignées par l'Hôpital comme visite à la SU sont des visites de patient au CMSA de Riverside. Celles-ci, en elles-mêmes, sont des visites de patients à acuité plus faible qui requièrent des soins moins complexes. Ces patients ont besoin de moins d'heures par visite que les patients moyens dans les SU du Campus Général et Civic et dans les SU des hôpitaux comparés.

Nous recommandons que les Départements des urgences du CMSA de LHO maintiennent leur niveau de productivité actuelle combinée de 1,98 h/visite, ce qui aurait permis de ne pas diminuer les ÉTP par rapport au niveau de 1999-2000.

Recommandations :

(59) Le P.-D.G. et le vice-président chargé du DU devraient accélérer le réaménagement des Départements des urgences aux Campus Civic et Général.

(60) Le vice-président chargé des DU devrait élaborer une stratégie à long terme en vue de limiter ou de réduire le recours de la collectivité au Centre médical de soins actifs et les coûts de ces centres.

(61) Le directeur clinique et le directeur médical du DU devraient améliorer le système de suivi du Département des urgences.

(62) Le directeur clinique et le directeur médical du DU devraient collaborer avec le vice-président des affaires médicales pour écourter la période qui s'écoule entre une consultation et une décision définitive d'admission ou de mise en congé.

(63) Le P.-D.G. devrait élaborer une solution de rechange au recours au DU comme possibilité de retenir les patients avant un congé ou un transfert de l'hôpital.

(64) Le vice-président et le directeur clinique du DU devraient éliminer la pratique qui consiste à retenir les patients dans les Départements des urgences.

6.1.6 Administration des soins infirmiers

La création d'une nouvelle culture de soins infirmiers à L'Hôpital d'Ottawa a constitué l'aspect le plus intéressant de l'administration des soins infirmiers. Cette nouvelle culture profite des meilleures facettes de chacun des campus tout en tissant et en renforçant des liens avec des organisations de l'extérieur, comme les universités, des fournisseurs de services communautaires comme le CASC et les réseaux des soins de santé de la région d'Ottawa.

En 1999-2000, il existait des philosophies différentes de

gestion de la dotation et des soins dans tous les campus. Ces différences sont toujours présentes, quoiqu'on ait constaté certains changements.

L'organisation s'est employée à élaborer une pratique de soins infirmiers professionnelle. Un plan de pratique professionnelle des soins infirmiers est maintenant en place et progresse efficacement. On a mis sur pied une nouvelle structure de comité et la vision, la mission et les objectifs de ce comité ont été parachevés. Les employés de première ligne se disent désormais qu'ils peuvent participer activement à la prise de décisions. On a renforcé la recherche en soins infirmiers. La constitution d'un Groupe de travail sur le maintien en poste et le recrutement et la mise en œuvre de ses recommandations en juin 1999 ont constitué une étape clé et un signal de l'engagement de l'Hôpital en vue d'améliorer le maintien en poste et d'intensifier le recrutement.

Les taux d'occupation élevés se répercutent sur la capacité des infirmiers et des infirmières de tirer profit des activités de perfectionnement professionnel tant à l'intérieur des murs de l'Hôpital qu'à l'extérieur de ceux-ci. L'infirmière en chef dispose de ressources d'infrastructure limitées pour appuyer cette activité.

La quantité de changements survenus simultanément a eu des répercussions considérables sur le personnel d'infirmiers et d'infirmières, ce qui fait qu'il est difficile de mettre les changements en œuvre. En 1999-2000, le nombre d'heures de congé de maladie était élevé et l'organisation a fait faire beaucoup d'heures supplémentaires. Depuis 1999-2000, l'organisation a eu recours à une approche structurée pour faire diminuer les heures supplémentaires. Tous ces facteurs ont posé de graves problèmes pour l'administration des soins infirmiers.

Les principaux problèmes opérationnels concernant l'administration des soins infirmiers ont fait l'objet de constatations communes dans l'ensemble de l'organisation et ont été mentionnés dans la section 6.1.1.1.

En outre, on relevé les points suivants :

- LHO maintient des postes de surveillant en soins infirmiers le soir ou la nuit. Ce sont des infirmières cliniciennes conseillères et des coordonnateurs en soins infirmiers.

- Les commis ESP auxquels on a recours pour l'ordonnancement dans les divers programmes s'inscrivent dans le centre fonctionnel d'administration des soins infirmiers et non dans les secteurs des programmes. Les problèmes ayant trait aux variations dans les pratiques de remplacement du personnel ont été notés précédemment.

Rendement et dotation

Le fichier de la balance de vérification du SIG pour 1999-2000 rapportait 93,83 ÉTP en administration des soins infirmiers[111]. Il est difficile d'établir des comparaisons de rendement avec les hôpitaux pairs qui soient fondées sur des données de la balance de vérification du SIG en raison de plusieurs facteurs, dont :

- les incohérences dans la façon dont les hôpitaux font rapport des heures dans le centre fonctionnel de l'administration des soins infirmiers
- les écarts dans la façon dont les services sont offerts (décentralisés contre centralisés) et présentés (décentralisés et centralisés) dans l'ensemble des hôpitaux
- En 1999-2000, suite à la fusion nouvellement effectuée de l'organisation, les incohérences dans la présentation des heures d'administration des soins infirmiers ont été reconnues à l'interne et comme l'organisation commençait à ajuster les pratiques, les politiques et les modèles de soins, ces heures d'administration devraient être ajustées comme il se doit. Il faudrait envisager le rajustement des fonctions administratives appropriées de soins infirmiers dans la structure des programmes.

En raison de ces problèmes inhérents aux données de la balance de vérification du SIG de L'Hôpital d'Ottawa, LHO a revu sa présentation et effectué des corrections pour rendre ses données plus conformes à l'esprit du Guide SIG et, du moins l'espère-t-on, plus comparables à celles des hôpitaux pairs.

Aux fins des comparaisons de rendement avec les hôpitaux pairs, le rendement de l'administration des soins infirmiers est mesuré et comparé à titre de coût net de l'administration des soins infirmiers en pourcentage du total du coût de fonctionnement de l'hôpital. Cette

[111] L'Hôpital rapporte que 21,82 de ces ÉTP touchaient du personnel de l'Institut de cardiologie.

comparaison tient compte de la taille et de la complexité de l'Hôpital et de ses mécanismes de soins aux patients.

En 1999-2000, le coût net de l'administration des soins infirmiers à LHO était de 1,46 % du coût de fonctionnement total de l'Hôpital. Le 25^{e} centile s'établit à 1,15 %. L'administration des soins infirmiers à LHO équivaut à environ 20 à 22 ÉTP au-dessus du 25^{e} centile du groupe pair[112]. Signalons que l'analyse de l'administration des soins infirmiers comprend l'étude du personnel et des centres fonctionnels à orientation clinique :

- 0,15 ÉTP provenant de centres de coût inactifs
- 1,04 infirmière en anesthésie
- 2,13 thérapies IV
- 3,65 ÉTP liés à la coordination de transplantation
- 1,19 ÉTP pour la thérapie entéro-stomale.

Ces ÉTP axés sur la clinique sont au nombre de 8,16. Ces centres fonctionnels ont été intégrés à l'administration des soins infirmiers[113][114] aux fins du présent projet. Par conséquent, ces employés sont vraisemblablement inclus dans les statistiques de dotation des hôpitaux comparés.

En outre, 14,99 ÉTP qui font partie du centre fonctionnel de l'administration des soins infirmiers sont des employés des soins palliatifs. Le Guide SIG exige également de toutes les organisations qu'elles fassent rapport des soins palliatifs dans

---

[112] Si les coûts autres que ceux de main-d'œuvre des centres fonctionnels de l'administration des soins infirmiers sont établis aux niveaux de dépenses de LHO pour 1999-2000, LHO devrait réduire la dotation de ses centres fonctionnels de 22 ÉTP pour obtenir un rendement de 1,15 %.

[113] Les centres fonctionnels du SIG intégrés à l'administration des soins infirmiers à des fins de comparaison dans la présente étude sont :

712051000 Administration des soins infirmiers
712052000 Ressources cliniques
712052020 Thérapie IV
712052030 Équipe des soins palliatifs
712052040 Thérapie entéro-stomale (centralisée)
712052060 Coordination des transplantations/obtention d'organes
712052092 Coordination des transplantations/obtention d'organes
712052094 Soins palliatifs
712060000 Gestion des programmes
712070000 Ressources médicales
712072000 Ress. médicales – non psychologique

[114] La seule exception est l'infirmière en anesthésie qu'il vaudrait peut-être mieux affecter à un autre centre fonctionnel.

ce centre fonctionnel, car le MSSLD n'a pas encore identifié de centre fonctionnel. Encore une fois, nous avons présumé que les hôpitaux pairs comme LHO ont suivi le Guide SIG et les directives du ministère.

Si les 1,04 infirmières en anesthésie sont exclues du compte SIG du personnel d'administration des soins infirmiers, l'analyse laisserait croire qu'il serait possible d'épargner de 19 à 21 ÉTP si LHO devait doter au 25^{e} centile.

Toutefois, la nécessité d'assurer du leadership et de gérer du personnel de soins infirmiers dans trois campus représente un défi pour l'administration des soins infirmiers à LHO. Compte tenu de notre analyse des besoins en dotation de l'administration des soins infirmiers à LHO, nous estimons que l'Hôpital devrait être en mesure de réaliser au moins la moitié de la réduction de personnel proposée par le 25^{e} centile de ses hôpitaux pairs. Nous recommandons donc l'établissement d'un objectif de 1,32 % du coût de fonctionnement total de l'Hôpital au titre du coût net d'administration des soins infirmiers à LHO, ce qui se traduirait par une diminution de 10,0 ÉTP et une économie de 660 000 $ par rapport au niveau de dotation de 1999-2000.

- Recommandations :

(65) La vice-présidente des soins infirmiers et infirmière en chef devrait rajuster et éliminer du personnel des centres fonctionnels de l'administration des soins infirmiers pour atteindre l'objectif de rendement recommandé en administration des soins infirmiers qui équivaut à un coût net de 1,32 % du coût total des opérations de l'Hôpital.

(66) Le P.-D.G. devrait assurer, après révision, un niveau approprié de soutien à l'infrastructure afin que l'infirmière en chef facilite l'élaboration d'un plan de pratique des soins infirmiers.

6.1.7 Possibilités d'économies totales en Services de soins infirmiers

En nous fiant à l'examen de certains départements, nous évaluons qu'il était possible d'économiser, dans les Services de soins infirmiers aux patients hospitalisés et de l'administration des soins infirmiers, 40 ÉTP, ou environ 2,7 millions de

dollars par rapport au niveau de dépenses de l'Hôpital en 1990-1991. De plus, nous estimons qu'il était possible de réduire la dotation de 17 ÉTP et d'économiser environ 1 million de dollars dans les cliniques externes des hôpitaux et dans les secteurs des soins de jour et de nuit. En outre, il aurait pu être possible de réduire le nombre d'employés des Services de soins infirmiers de l'Institut de cardiologie d'un nombre aussi élevé que 37 ÉTP, soit une économie complémentaire de 2,5 millions de dollars par rapport aux coûts de fonctionnement de LHO en 1999-2000. Comme la gouvernance de l'Institut de cardiologie s'est faite distinctement de celle de LHO, les secteurs des soins infirmiers de l'IC n'ont pas été revus. Par conséquent, ces possibilités d'épargne n'ont pas été confirmées au moyen d'observations ou d'analyses. Elles reposent seulement sur des comparaisons avec des hôpitaux sélectionnés comme hôpitaux pairs de LHO.

	Économies/objectifs	
Centre fonctionnel	**Réduction des ÉTP**	**Changement annuel ($)**
712300000 Méd./Chir. COMBINÉES	-	0 $
712403000 USI – Méd./Chir. combinées	-17.84	-1 188 997 $
712404400 USI – Soins coronariens (méd.)	-1.89	-133 881 $
712406100 USI – Neurol.	0.00	0 $
712405000 USI – Nouv.-nés	-3.97	-286 767 $
712500000 Programme des naissances	-6.84	-457 869 $
712600000 Salles d'opération	0.00	0
712650000 Salles de réveil post-anesthésique	0.00	0
712750000 Psychiatrie	0.00	0 $
713100000 Urgences	0.00	0 $
712051000 Administration des soins infirmiers	-10.00	-661 275 $
Sous-total/patients hospitalisés	-40.54	-1 406 239 $
713500000 Cliniques combinées	-12.90	-754 779 $
713401000 Soins médicaux de jour	0.00	0 $
713402500 SO pour patients en consultation externe	-3.66	-248 124 $
713402000 Soins chirurgicaux de jour	0.00	0 $
713405500 Endoscopie	-0.95	-65 021 $
Sous-total/patients externes	-17.51	-1 047 718 $
L'HÔPITAL D'OTTAWA	**-58,05**	**-2 453 957 $**
Institut de cardiologie		
712604200 S.O. en cardiologie	-26.18	-1 683 655 $
712404200 USI – Cardiologie (chirurgie)	0.00	0 $
712654200 Salles de réveil en cardiologie	0.00	0 $
712100000 Services médicaux pour patients hosp.	-11.10	-798 309 $
712200000 Services chirurgicaux pour patients hosp.		
L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE	-37.28	-2 481 964 $
TOTAL DES ÉCONOMIES POSSIBLES EN 1999-2000	**-95,33**	**-4 935 922 $**

6.2 *Services diagnostiques et thérapeutiques*

6.2.1 *Services thérapeutiques*

L'examen réalisé par les consultants des données initiales fournies par l'Hôpital n'indiquait pas de possibilités importantes dans les secteurs thérapeutiques. Ces départements n'ont donc pas été visités et on n'a pas formulé d'observations sur les installations, l'équipement ou la prestation de services. Toutefois, on a tenu une réunion conjointe avec les dirigeants des secteurs des services pour discuter de certains problèmes. Dans l'ensemble, l'Hôpital atteint des niveaux de productivité comparables à ceux de ses pairs.

Le travail au sein d'une structure de gestion des programmes constitue souvent un défi pour les thérapeutes. Bien qu'il œuvre dans le cadre d'un programme, le thérapeute répondra aux besoins des patients de plusieurs unités de soins infirmiers différentes. Par conséquent, les thérapeutes rapportent que la gestion des programmes leur a fait consacrer davantage de temps aux processus décisionnels, car ils doivent interagir avec un certain nombre de gestionnaires. De plus, les unités du programme ont souvent des intérêts concurrents. En outre, dans l'ensemble du service, il n'est plus possible de déplacer du personnel aussi facilement d'un programme à l'autre pour faire face aux fluctuations de la charge de travail dans l'ensemble de l'organisation.

Signalons que les changements dans la pratique clinique occasionnent souvent des changements dans la charge de travail du personnel connexe dans le domaine de la santé. Cependant, les niveaux de dotation n'ont pas nécessairement été rajustés de manière à refléter les modifications à la charge de travail des services de santé connexes. Citons par exemple une augmentation de 10 % du nombre de patients recevant la dialyse alors que chaque patient bénéficie du même niveau de services de nutrition clinique. Toutefois, aucune augmentation de la dotation n'est venue compenser la nutrition clinique; il n'y a pas eu non plus de tentative de réorganisation de la méthode de prestation des services. Le programme semblait s'attendre à ce que le personnel de la nutrition clinique réponde aux besoins de la charge de travail accrue en travaillant plus intensément. Il arrive fréquemment que les chefs de service ne soient pas consultés ou qu'ils soient consultés après coup lorsqu'on planifie des nouveautés ou des modifications à la pratique clinique ou au volume de services. S'il faut répondre aux besoins de la nouvelle charge de travail ou de la charge de travail modifiée, il importera de consulter les chefs de service

avant de mettre en œuvre les nouvelles pratiques ou le volume de patients élargi.

Les chefs de service ont établi que l'appui reçu du Département des ressources humaines constituait un problème. Dans de nombreuses disciplines, le nombre de thérapeutes est très limité. Pour que l'Hôpital parvienne à recruter du nouveau personnel, il devra agir rapidement lorsque les candidats souhaités seront identifiés. Toutefois, les mécanismes de recrutement et de sélection de l'Hôpital n'ont pas été mis rapidement en application, ce qui fait que l'Hôpital a souvent perdu des candidats à des postes. On a également formulé certaines préoccupations au sujet de la gestion de l'information, et plus particulièrement des vacances, de l'ancienneté, des augmentations d'échelon de rémunération, et ainsi de suite.

La plupart des chefs de service ont un volume de travail en plus de leurs responsabilités administratives et ils estiment souvent que c'est beaucoup trop. Tous ont fait part de difficultés à répondre aux attentes de l'organisation en ce qui concerne l'appui aux évaluations de rendement des thérapeutes par le gestionnaire de programme et le travail consacré aux activités d'éducation, de contrôle de qualité ou de recherche.

6.2.1.1 Nutrition clinique

La nutrition clinique soutient les services alimentaires offerts aux patients, les soins en nutrition clinique, les services qui produisent des recettes, la formation professionnelle et la recherche.

La productivité est mesurée et comparée en total des heures travaillées par présence. Le rendement de LHO en 1999-2000 s'établissait à 1,19 h/présence, soit l'équivalent du 25^{e} centile du groupe pair.

6.2.1.2 Physiothérapie

La physiothérapie offre du soutien à 22 services cliniques. Elle est surtout utilisée par la chirurgie orthopédique, la médecine interne générale, la neurologie et la chirurgie générale. Elle offre un amalgame de soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe, la plupart des services étant offerts à cette dernière catégorie de patients.

Voici les problèmes opérationnels identifiés par l'Hôpital :

- Bien que les hôpitaux soient fusionnés depuis 1998, ce n'est que maintenant (en 2000-2001) que l'on tente d'assurer l'uniformité des services et la mise en commun du personnel dans les campus. Les employés ont eu peu ou pas de temps pour suivre des séances d'orientation dans les autres campus en raison de leur charge de travail.
- Le recrutement et le maintien en poste constituent un problème dans cette discipline. Les gestionnaire signalent que le Campus Civic a présenté un taux de roulement plus élevé et que son personnel est moins expérimenté.
- L'organisation livre concurrence sur le marché et a des difficultés à recruter. Les gestionnaires rapportent que l'Hôpital verse une rémunération moindre que les autres fournisseurs et que le personnel quitte pour obtenir une meilleure qualité de vie professionnelle et une rémunération supérieure.

La productivité est mesurée et comparée sous forme d'heures totales travaillées par présence. Le rendement de LHO en 1999-2000 était de 0,792 h/présence, soit moins que le 25^{e} centile du groupe pair.

6.2.1.3 Ergothérapie

Les Services d'ergothérapie sont dispensés à l'Unité d'évaluation gériatrique, aux Unités de pré-admission, à l'Hôpital psychiatrique de jour et au Programme psychiatrique pour patients hospitalisés. Les autres Services d'ergothérapie offerts aux patients externes sont regroupés au Campus Riverside.

Les gestionnaires de service signalaient que les listes d'attente se sont allongées et que par conséquent, il n'y a pas d'aiguillage parce qu'il est trop long d'obtenir une réponse du service.

La productivité est mesurée et comparée en total des heures travaillées par présence. Le rendement de LHO en 1999-2000 s'établissait à 1,2571 h/présence, soit presque l'équivalent du 25^{e} centile, qui était de 1,2404 h/présence au sein du groupe pair.

6.2.1.4 Orthophonie

Des services sont offerts aux patients hospitalisés et en consultation externe aux Campus Civic et Général. Des services sont également dispensés au Centre régional de

cancérologie d'Ottawa en prenant des rendez-vous avec l'oto-laryngologiste et/ou le radio-oncologue.

L'Hôpital a rapporté les caractéristiques de fonctionnement suivantes de ce service :

- Les problèmes de déglutition représentent de 70 à 80 % de la charge du travail consacré aux patients hospitalisés. La charge de travail des thérapeutes est donc en hausse.
- Comme nous l'avons indiqué précédemment, ces services sont offerts au CRCO.
- On donne également du soutien au programme régional d'évaluation gériatrique, soit un contenu de travail moyen par service de 1,4 h/présence.

La productivité est mesurée et comparée sous forme de total des heures rémunérées par présence. Après réception des données révisées de l'Hôpital, il a été établi que la productivité de LHO en 1999-2000 était de 1,794 h/présence, soit davantage que le 25^{e} centile de 1,2190 h/présence du groupe pair, ce qui représente une économie éventuelle d'environ 2,8 ÉTP et de 175 000 $. Cette possibilité de réaliser des économies ne pouvait être confirmée au moyen d'observations sur le site. L'Hôpital devrait s'informer de la possibilité de réaliser des économies dans ce domaine.

6.2.1.5 Audiologie

Ce service offre des services de diagnostic, de consultation et de réadaptation aux patients qui éprouvent des troubles de communication auditive. Ces services sont dispensés aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe des Campus Général et Civic. Environ 98 % de l'activité du service se déroulent en consultation externe. L'Hôpital rapporte qu'il y a eu croissance dans certains programmes, dont le programme sur les acouphènes et le programme sur les implants cochléaires.

La productivité est mesurée et comparée sous forme d'heures totales travaillées par présence. En 1999-2000, le rendement de LHO s'établissait à 2,21 h/présence, ce qui est supérieur au 25^{e} centile de 1,30 h/présence du groupe pair. Il s'agit d'une différence approximative de 4,6 ÉTP et de 270 000 $. L'écart de productivité peut se justifier par un accroissement des ressources visant à appuyer l'activité du programme des implants cochléaires sans qu'il y ait charge de travail

correspondante. Cette possibilité de réaliser des économies ne pouvait être confirmée par les observations sur le campus. L'Hôpital devrait s'informer de la possibilité de réaliser des économies dans ce domaine.

6.2.1.6 Travail social

Toute la gamme des services en travail social sont fournis aux Campus Général et Civic. Le travail social est également responsable de la planification des mises en congé. Des services sont dispensés dans les secteurs des patients hospitalisés, des urgences et de certains patients en consultation externe, comme dans des cliniques pré-admissions.

L'Hôpital a rapporté les caractéristiques de fonctionnement suivantes de ce service :

- La région d'Ottawa subit d'incroyable pressions externes à cause du manque de lits de soins pour malades chroniques et de soins de longue durée. Les CASC n'ont pu répondre à la demande de services de l'Hôpital. De plus, il s'exerce une certaine concurrence au sujet des lits de soins pour malades chroniques et des lits de soins de longue durée qui sont disponibles entre les placements pour les résidents de la collectivité et les placements pour les patients de l'Hôpital. En vertu des politiques des CASC, les placements de la collectivité auront souvent préséance sur les placements de l'Hôpital.
- Un coordonnateur de la planification des mises en congé est présent sur chaque campus pour faciliter les mises en congé difficiles, contribuer à l'application des politiques sur les mises en congé, fournir des données sur les ANS et le paiement conjoint, coordonner les séries de mises en congé et orienter le nouveau personnel.
- Les campus qui accueillent des patients hospitalisés ont toujours eu des approches de prestation du travail social différentes. Au Campus Général, les thérapeutes offrent leurs services aux patients dans le cadre d'un service ou d'un programme, peu importe où se trouve le patient. Au Campus Civic, des thérapeutes sont affectés à un étage ou à un groupe d'unités, peu importe les patients qui s'y trouvent. Le taux de roulement des thérapeutes au Campus Général était plus élevé.
- Les cartes de soins fonctionnent dans les secteurs où les

travailleurs sociaux participent dès le début du processus de soins, ce qui fait que le patient est prêt pour sa mise en congé dès qu'elle lui est donnée par le médecin.

- Le Service du travail social est très conscient de la pression organisationnelle exercée par les patients d'ANS. Le Service déclare que lorsque l'Hôpital atteint 127 patients d'ANS, il est effectivement « paralysé ».

La productivité est mesurée et comparée sous forme de total des heures travaillées par présence.

En 1999-2000, le rendement de LHO était de 1,44 h/présence, soit le même que le 25^{e} centile du groupe pair.

Compte tenu des problèmes que posent le taux d'occupation élevé et la durée de séjour à l'Hôpital, il peut être fondé d'étudier ce niveau de dotation pour s'assurer d'un soutien approprié à la fonction cruciale de la planification de mises en congé.

6.2.1.7 Psychologie

Des services de psychologie sont offerts aux patients hospitalisés et en consultation externe dans les domaines de la psychologie clinique, de la neuropsychologie, de la psychologie de la santé et des services périnataux. Des services sont également offerts à mi-temps à l'Institut de cardiologie.

L'Hôpital a rapporté les caractéristiques de fonctionnement suivantes de ce service :

- Le nombre d'aiguillages vers le service a augmenté alors que la dotation diminuait. Cette situation a entraîné de longues attentes et une absence de service aux Unités de médecine ou de cardiologie.
- Ils sont consultés au sujet de cas plus complexes afin d'apporter leur contribution au diagnostic.

La productivité est mesurée et comparée sous forme de total des heures travaillées par présence. En 1999-2000, le rendement de LHO était de 1,86 h/présence, ce qui est moins que le 25^{e} centile du groupe pair, qui est de 2,55 h/présence.

6.2.1.8 Inhalothérapie

Les Services d'inhalothérapie sont offerts dans la salle

d'opération, dans les Unités de soins spéciaux, à l'urgence et dans le secteur des soins aux patients hospitalisés. L'Unité d'inhalothérapie offre également un service de diagnostic.

Aucun examen sur campus n'a été effectué après le premier examen de données, car on n'a pu établir des possibilités importantes de réaliser des économies. Au cours des examens sur campus effectués dans tous les secteurs cliniques, il n'a pas été fait mention d'un problème au niveau du soutien de l'inhalothérapie.

La productivité est mesurée et comparée sous forme de total des heures travaillées par unités de la charge de travail que représentent les soins aux patients.

Ce service a effectué 969 641 interventions pour un nombre total d'unités de charge de travail de 8 618 323 unités. En 1999-2000, le rendement de LHO était de 0,0194 h/unité de charge de travail. Ce chiffre n'est que légèrement supérieur au 25^{e} centile du groupe pair, qui s'établit à 0,0189 h/unité de charge de travail.

6.3 Services diagnostiques et thérapeutiques

6.3.1 Laboratoires cliniques

La planification des services de laboratoire de LHO s'effectue actuellement dans le contexte de l'initiative du Laboratoire régional de l'Est de l'Ontario (LREO). En incluant LHO, 13 hôpitaux et le secteur privé travaillent de concert pour mettre en œuvre un système de laboratoire unifié, dont un laboratoire régional doit être situé dans le Campus Général de LHO et des laboratoires principaux exploités par toutes les autres installations.

Même si cet examen opérationnel ne comprenait pas un examen du projet LREO, nous présentons les constations suivantes liées à LHO :

- Le projet a établi que LHO réaliserait des économies opérationnelles[115] de 3,1 millions de dollars (soit environ 13 % des coûts de fonctionnement bruts de 1999-2000[116]).

[115] À l'exclusion de la part des coûts en capital de LHO.

[116] Les coûts bruts excluant l'amortissement, ainsi que les coûts en matériel et en personnel médical.

Les prévisions de coûts de fonctionnement de LREO excluent les répercussions de l'amortissement (l'équipement sera loué) et des coûts de fonctionnement du personnel médical, qui peuvent compenser pour certaines économies prévues.

- L'essentiel des économies opérationnelles sont attribuées à la mise en œuvre des concepts de laboratoire de base aux Campus Général et Civic et à la diminution du nombre de structures administratives[117]. Les Campus Civic et Général se retrouvent derrière les autres hôpitaux pour ce qui est de la mise en œuvre des concepts de laboratoire de base.
- Les coûts en capital d'environ 18 millions de dollars comprennent le remplacement du système de tube pneumatiques du Campus Civic qui amènera le campus à moins compter sur les brancardiers d'ATD pour le transport de spécimen. Cette possibilité de réaliser des économies n'est pas comprise dans les prévisions actuelles de coût de fonctionnement. Le Campus Civic a fait état de 9,6 ÉTP au titre de la collecte de spécimens, comparativement à 2,5 ÉTP au Campus Général. LHO a relevé d'autres économies possibles d'environ 4,0 ÉTP au Campus Civic.
- Le laboratoire régional prévoit actuellement occuper de nouveaux locaux[118] au troisième niveau du Campus Général. Comme une grosse partie de la charge de travail proviendra des hôpitaux régionaux et des deux autres campus de LHO, l'emplacement situé au troisième étage rend moins efficace le transport des spécimens référés, comparativement à un laboratoire qui se trouverait au rez-de-chaussée, à proximité d'une aire de réception[119].

6.3.1.1 Ampleur des services

À l'heure actuelle, tous les campus fournissent des services de laboratoire :

---

[117] Plan d'activité du LREO, ou 2000. Scénario 1, page 5, niveau d'ÉTP actuel et proposé.

[118] Les nouveaux locaux représentent le projet de Podium A et le projet d'élargissement de l'Institut de l'œil au niveau 3 du Campus Général. (Annexe A – The Ottawa Hospital Functional Program March 2000 Executive Summary)

[119] Le laboratoire actuel du Campus Général se trouve au rez-de-chaussée de l'hôpital.

- Les trois campus offrent des services de biochimie, d'hématologie et de banque de sang.
- Les Campus Général et Civic offrent des services de microbiologie et de pathologie.

Les rapports historiques (c'est-à-dire avant la fusion) entre le Campus Civic et le Campus Général ont entraîné une rationalisation limitée des services entre ces deux campus. Il semble qu'historiquement, le Service de microbiologie ait entretenu les meilleures relations de travail. Pour l'essentiel, l'unification des laboratoires entre campus a été suspendue pendant que le projet de LREO va de l'avant.

6.3.1.2 Activités

Les conclusions relatives aux activités sont décrites ci-dessous :

- Système d'information sur le laboratoire :

  Le Campus Civic et le Campus Général ont acquis et instauré le système de laboratoire Cerner Pathnet au même moment (c'est-à-dire avant la fusion). Les hôpitaux n'ont pas collaboré. Par conséquent, LHO exploite actuellement deux systèmes distincts[120] :

  - Les systèmes ne sont pas reliés et leurs renseignements ne sont pas mis en commun. Il est difficile de relier les résultats aux patients lorsque les patients se déplacent entre Campus.
  - Les bases de données du système sont complètement différentes (organisation, convention de désignation, échelon de référence, tubes de test).

  Les gestionnaires de département ont également rapporté ce qui suit :

  - les mauvaises capacités de rapport statistique et, souvent, la nécessité de compter manuellement la charge de travail.
  - le système ne peut faire rapport de la charge de travail par unité, ce qui rend problématique l'affectation de coûts par secteur (comme l'Institut de cardiologie).

[120] Le Campus Riverside utilisait Meditech, mais se sert maintenant du système Cerner du Campus Général.

- Il existe des différences entre la façon de compter les unités LSM entre campus (certains les surévaluent d'autres les sous-évaluent).

Cet automne, un projet a été lancé afin d'élaborer un plan d'unification et d'uniformisation. Les coûts d'un nouveau Système d'information sur le laboratoire ont été inclus dans les prévisions de coût en capital du projet LREO (chaque hôpital doit acquitter le coût de son propre Système d'information sur le laboratoire[121]). Toutefois, on ne sait pas clairement si des coûts de mise en œuvre unique ont été inclus.

- Des politiques et des procédures de test différentes sont en place dans chaque campus.
- L'instrument du laboratoire est différente dans chaque campus.
- Le concept de laboratoire de base fonctionne seulement au Campus Riverside.
- La formation mise en place est limitée (le personnel de nuit peut travailler pendant sa formation).
- Les pratiques ainsi que les rôles et responsabilités en matière d'acquisition et de transport de spécimens divergent selon les campus :
  - Campus Général :
    - Le personnel du laboratoire recueille et transporte les spécimens entre 6 h et 8 h 30.
    - Le personnel de soins infirmiers recueille les spécimens pendant les autres heures et se sert du tube pneumatique aux fins du transport.
    - L'USI/US produit ses propres spécimens et se sert du tube pneumatique aux fins du transport.
  - Campus Civic :
    - Le personnel à temps partiel du laboratoire recueille les spécimens au cours de la matinée (4 heures) et les laisse à l'Unité des soins infirmiers.

[121] Page 50, EORL Business Plan, août 2000

- Les brancardiers d'ATD transportent les spécimens au laboratoire (selon un horaire établi, sur demande).
- L'USI/SU produit les spécimens, qui sont transportés par les brancardiers de l'ATD.
- L'Unité des soins infirmiers prélève des spécimens au cours des autres quarts de travail, ces spécimens sont transportés par les brancardiers de l'ATD.

– Campus Riverside :

- Le personnel du laboratoire recueille et transporte les spécimens.

- Les factures du Service de laboratoire au Campus Général sont traitées à l'interne par le laboratoire et par le Service des finances au Campus Civic.
- On a rapporté que la présentation de la charge de travail et de la dotation par la section du laboratoire était problématique et imprécise.
- On reconnaît qu'à l'heure actuelle, la masse critique existante au laboratoire Riverside est insuffisante pour qu'on puisse offrir un service rentable et efficace. Toutefois, LHO prévoit que l'activité liée aux cliniques chirurgicales au Centre des soins d'urgence et à la dialyse devrait engendrer une charge de travail suffisante pour justifier des services de laboratoire sur le campus.

6.3.1.3 Rendement et dotation

Le fichier de la balance de vérification du SIG pour 1999-2000 rapportait 317,0 ÉTP pour les services de laboratoire clinique[122].

L'examen ultérieur de LHO portant sur les données rapportées par le MSSLD au cours du présent examen opérationnel s'est traduit par les ajouts suivants aux ressources déclarées :

- 9,6 ÉTP et les coûts connexes (402 477 $) ont été ajoutés à la gestion du matériel aux fins du transport de spécimens au Campus Civic.

[122] À l'exclusion du personnel de la génétique moléculaire et du laboratoire sur les gamètes.

- 2,5 ÉTP et les coûts connexes (105 053 $) ont été ajoutés à la gestion du matériel aux fins du transport de spécimens au Campus Général.

Aux fins des comparaisons de la productivité, le total des ÉTP du laboratoire clinique était de 329,1 ÉTP. En 1999-2000, les laboratoires cliniques ont obtenu une productivité de 0,024 heure travaillée par unité de charge de travail du laboratoire, ce qui est légèrement inférieur au rendement médian et moyen du groupe pair.

Comparaisons de la productivité du laboratoire

		Heures travaillées par unité de charge de travail du laboratoire
LHO	1999-2000	0,024
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	0,018
	25e	0,022
	Médian	0,024
	75e	0,027
	Moyen	0,024

Pour atteindre le 25e centile, LHO devrait réduire sa dotation de 24,27 ÉTP.

L'initiative du LREO prévoit permettre de réaliser des économies de 44,09 ÉTP[123] (à partir d'un total de 308 ÉTP). Ces économies excluent les réductions possibles d'ÉTP liées à l'installation d'un nouveau système de tube pneumatique au Campus Civic. LHO prévoit que ces économies permettront de réaliser des économies supplémentaires d'environ 4,0 ÉTP, en présumant que les besoins en transport du Campus Civic sont semblables à ceux du Campus Général. On réaliserait la diminution des ÉTP de 48,09 ÉTP (soit environ 79 444 heures travaillées).

Compte tenu des unités de la charge de travail déclarée pour 1999-2000, il en résulterait un niveau de productivité de 0,021 heure travaillée par unité de charge de travail du laboratoire, soit un niveau inférieur au 25e centile du groupe

[123] La réduction porte sur un total de 308 ÉTP rapportés dans le « EORL Business Plan » d'août 2000 (scénario 1, page 5).

pair. Ce serait comparable au niveau obtenu par les deux hôpitaux pairs actuellement exploités sous le 25^{e} centile qui sont également de grands hôpitaux d'enseignement[124] et offrent des services aux autres hôpitaux tout en ayant des liens de partenariat avec le secteur privé.

LHO doit continuellement surveiller la rentabilité du laboratoire Riverside. Il est crucial de faire correspondre la dotation à la charge de travail pour veiller à ce que le Laboratoire Riverside offre un service de laboratoire efficace et rentable.

Le Laboratoire Riverside, exploité dans le cadre d'un concept de la laboratoire de base, a obtenu un niveau de productivité de 0,035 heure travaillée par unité de la charge de travail en 1999-2000 avec un niveau de dotation de 15,0 ÉTP. Pour que le Laboratoire Riverside atteigne le niveau de productivité global actuel (1999-2000) de 0,024 heure travaillé par unité de la charge de travail, il lui faudrait diminuer sa dotation de 4,6 ÉTP ou accroître sa charge de travail d'environ 45 %. L'initiative du LREO établit un effectif de 9,0 ÉTP pour le Laboratoire Riverside (soit une réduction de 6 ÉTP par rapport au niveau de 1999-2000)[125]. LHO rapportait que l'effectif actuel du Laboratoire Riverside est de 9,0 ÉTP pour l'exercice actuel (2000-2001).

Au vu de notre examen et analyse, et de l'étude de l'initiative LREO, nous proposons que l'Hôpital établisse et mette en œuvre un objectif de productivité de 0,021 heure travaillée par unité de la charge de travail des soins aux patients des laboratoires cliniques. La dotation visée pour le laboratoire clinique de LHO s'établit à 281,01 ÉTP, soit une diminution approximative de 15 % par rapport au niveau de 1999-2000.

---

[124] Ces deux hôpitaux d'enseignement sont exploités à 0,021 et 0,018 heure travaillée par unité de la charge de travail.

[125] LHO rapportait que le Campus Riverside est actuellement exploité à 9,0 ÉTP.

Objectif de dotation du laboratoire

	ÉTP
Dotation du laboratoire en 1999-2000[126]	329,10
Moins	
Gains de productivité	48,09
Objectif en ÉTP	281,01

La dotation visée comprend les affectations nécessaires pour appuyer l'Institut de cardiologie. Les diminutions proposées à la dotation de l'initiative LREO sont liées à l'érection d'un nouveau laboratoire au Campus Général, d'ici deux à trois ans. À ce moment-là, la répartition des coûts de l'Institut de cardiologie devrait également être diminuée de manière à refléter les gains de productivité à réaliser (d'autres organisations possédant le statut de filiale devraient également profiter de ces gains de productivité).

Toutefois, il a été apporté que les gains en dotation au Laboratoire Riverside (diminution de 6 ÉTP par rapport au niveau de 1999-2000) ont été réalisés pour l'exercice actuel (2000-2001). De plus, on peut faire en sorte que le Campus Civic compte moins sur les brancardiers pour la livraison de spécimens en chargeant les phlébotomistes à temps partiel de laisser leur collecte de spécimens du matin au laboratoire ou en un emplacement central avant leur départ.

Outre les économies réalisées au titre de la main-d'œuvre, l'initiative du LREO a également permis de relever des économies annuelles autres que la main-d'œuvre[127] d'environ 728 000 $ pour LHO[128]. Les possibilités d'abaisser les coûts en fourniture sont comprises dans la gestion du matériel.

Recommandations :

(67) Le directeur des Services de laboratoire et le directeur de l'ATD devraient collaborer pour mettre en œuvre de nouvelles pratiques de collecte de spécimens tôt le matin au Campus Civic qui font en

[126] À l'exclusion du personnel de la génétique moléculaire et du laboratoire sur les gamètes.

[127] Des frais autres que ceux de la main-d'œuvre comprennent : la location-bail/location, les réactifs/produits chimiques, la verrerie et le plastique, les tests de référence, les frais d'équipement, autres fournitures, et le transport.

[128] EORL Business Plan, août 2000, scénario 1 – Current and Proposed Lab Budget, page 1.

sorte que l'on se fie moins aux brancardiers pour le ramassage des spécimens et le transport au laboratoire.

(68) Le vice-président des services professionnels et le directeur des Services de laboratoire devraient diminuer les niveaux de dotation dans les laboratoires cliniques pour atteindre un niveau de productivité de 0,021 (G et O et PAU) heure travaillée par unité de la charge de travail des soins aux patients.

6.3.2 L'imagerie diagnostique (à l'exclusion du laboratoire de cathétérisme cardiaque)

Le Service d'imagerie diagnostique (ID) comprend les rayons X, le diagnostic ultrasonore, la tomographie par ordinateur, l'examen par IRM et la médecine nucléaire. On a élaboré un plan de remplacement des immobilisations qui prévoit un coût de 8 millions de dollars par année, 2 millions de dollars par année étant affectés à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un système d'archivage et de transmission d'images (PACS). L'accès en direct au système d'information sur les carrières (OACIS) devrait facilité la distribution d'images et de rapports aux intervenants.

6.3.2.1 Conception organisationnelle

Un directeur du Service d'imagerie diagnostique relevant du directeur de l'exploitation et vice-président des systèmes d'information et services professionnels supervise le Département de l'imagerie diagnostique de LHO. Un gestionnaire du campus qui relève du directeur est en place dans le Campus Civic et Campus Général pour surveiller les activités quotidiennes des services. Le personnel des Campus Général et Civic relève directement des gestionnaires de campus. Le directeur de l'Imagerie diagnostique gère le Campus de Riverside.

Le niveau élevé de communication directe renforce un lien vigoureux entre le directeur, les gestionnaires, les superviseurs et le personnel.

6.3.2.2 Activités

Voici les principales conclusions concernant le Service

d'imagerie diagnostique de L'Hôpital d'Ottawa :

- Le Comité directeur sur les SI a approuvé le projet PACS et ira en appel d'offres sous peu. Le projet contribuera à assurer que le bon film soit acheminé à la personne appropriée au bon moment et facilitera le contrôle des films perdus. La mise en œuvre du PACS devrait s'étaler sur cinq ans, l'objectif étant de pouvoir se passer de pellicule d'ici 2005.
- Compte tenu de l'analyse des mouvements de trésorerie, on s'attend à ce qu'une période de rémunération rétroactive de quatre ans soit appliquée au cours d'une période d'implantation graduelle de cinq ans. L'élaboration du PACS facilitera une meilleure production, distribution et présentation d'images, ce qui permettra de réaliser des économies considérables en personnel et en coût d'approvisionnement. LHO prévoit que le PACS produira de façon continue des économies et des recettes de plus de 4 millions de dollars par année une fois la mise en œuvre complète terminée.
- À l'heure actuelle, 30 % de l'équipement est numériquement prêt à être graduellement implanté au cours des 12 prochains mois. Les 30 % supplémentaires doivent être implantés graduellement sur une période de 24 mois. Le reste le sera en fonction du plan de remplacement des immobilisations.

Analyse des mouvement de trésorie	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total des années 1 à 5
Économies et recettes	2 367 550	3 975 358	4 660 835	4 754 052	4 849 133	20 606 927
Dépenses	2 698 907	2 813 907	2 818 907	2 823 907	2 828 907	13 984 535
Économies nettes	(331 357)	1 161 451	1 841 928	1 930 145	2 020 226	6 622 392

- On n'est pas parvenu à attirer du personnel spécialisé (IRM, échographie et médecine nucléaire), ce qui a engendré des coûts de formation élevés. Plutôt que de former les nouveaux embauchés pendant six semaines, une formation de six à neuf mois est nécessaire. Le maintien en poste du personnel représente un défi en raison des écarts salariaux entre campus. Les négociations ont pris fin et la décision est soumise à l'arbitrage. En raison d'un manque de personnel, des négociations contractuelles et des différences de traitement, l'ID retarde la mise en œuvre des services de fin de semaine en raison de la crainte de perdre du personnel supplémentaire.

- L'espace restreint entraîne du travail supplémentaire pour le personnel, car on peut conserver seulement six mois (trois mois à l'étage, trois mois au sous-sol) de pellicule au Campus Civic (contre deux ans au Campus Général). Cette situation occasionne du travail additionnel qui consiste à récupérer les fichiers plus fréquemment (six quarts de travail par mois sont perdus à déplacer des dossiers entre les lieux d'entreposage). Le PACS constitue une solution pour faire diminuer la charge de travail, car ce système éliminerait la nécessité de récupérer des dossiers.
- Actuellement, il existe trois systèmes disparates d'introduction de commandes, ce qui fait que le personnel de bureau en radiologie entre toutes les commandes, ce qui nécessite beaucoup de temps.
- Les Services d'imagerie diagnostique et de médecine nucléaire se trouvent dans des aires distinctes de l'Hôpital. Il existe des possibilités de réaliser des économies au moyen de l'unification. Toutefois, il faut établir un équilibre entre les coûts en capital connexes et les coûts d'infrastructure.
- Le transport des patients à destination et en provenance du département a un impact direct sur la productivité et la capacité de production du Département de l'imagerie diagnostique. Il faut quantifier les répercussions des services de transport sur le département pour pouvoir relever les possibilités (comme le déplacement de ressources au Service de l'imagerie diagnostique et la suppression du genre de service « appeler au besoin ») pour diminuer le temps d'attente.

6.3.2.3 Rendement et dotation

Le fichier de la balance de vérification du SIG de 1999-2000 a rapporté 301,66 ÉTP pour l'Imagerie diagnostique.[129].

Les entrevues effectuées sur campus et les observations formulées ont ravivé les caractéristiques opérationnelles suivantes :

- Quoique LHO ait appuyé l'examen de données au niveau global et au niveau des modalités, seule l'analyse globale a

[129] À l'exclusion de la dotation de l'Unité du cathétérisme cardiaque qui relève à 100 % de l'Institut de cardiologie.

pu être achevée en raison des méthodes d'affectation des données statistiques et financières du SIG.

- L'intégration entre campus à l'ensemble de la société n'est pas cohérente et nous sommes donc incapables de procéder à une analyse propre à chacun des campus.

En 1999-2000, l'Imagerie diagnostique a atteint une productivité de 0,0256 heure travaillée par unité de charge de travail et un rendement fondé sur les coûts variables autres que de main-d'œuvre de 0,27 $ par unité de charge de travail. La productivité de la main-d'œuvre est supérieure au 75^{e} centile et le rendement du coût variable est inférieur au centile médian du groupe pair comparé.

Comparaisons du rendement de l'imagerie diagnostique

		H. trav. par unité de la ch. de trav.	Coût var. en $ autres que de m.-d'oeuvre par unité de la charge de travail
LHO	1999-2000	0,0257	0,27 $
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	0,0173	0,20 $
	25^{e}	0,0227	0,21 $
	Médian	0,0246	0,28 $
	75^{e}	0,0253	0,32 $
	Moyen	0,0239	0,29 $

Pour atteindre le 25^{e} centile, LHO devrait diminuer la dotation de 36,0 ÉTP et de 3,2 millions de dollars en frais de fonctionnement (salaires et fournitures variables autres que de la main-d'œuvre).

Toutefois, si la technologie/capacité du PACS était complètement mise en œuvre en date du 1er avril 1999, LHO aurait pu s'attendre à réaliser des économies d'environ 4,1 millions de dollars annuellement de la façon suivante :

- Économie en personnel de 2,5 millions de dollars :

Économies en personnel	% du personnel/des coûts en dotation	Économies en $
15 ÉTP tech.	5 % du personnel, 10,6 % des coûts en dotation	1,8 million de dollars
12 ÉTP de la cinémathèque	3,9 % du personnel, 3 % des coûts en dotation	505 000 $
9 ÉTP tech. de la chambre noire	2,9 % du personnel, 1,3 % des coûts en dotation	212 000 $

- Économies en fournitures de 1,6 million de dollars :

Économies en fournitures	Économies en $
Réduction sur les films	1,3 million de dollars
Fournitures de bureau	150 000 $
Entreposage extérieur	100 000 $
Produits chimiques	80 000 $

La mise en œuvre du PACS constitue un facteur clé de l'obtention d'améliorations considérables tant au niveau des coûts que de la qualité du service.

Voici d'autres possibilités d'améliorer le rendement :

- diminution des coûts de formation advenant la possibilité d'embaucher du personnel compétent et d'éviter une formation excessive (de 100 000 $ à 120 000 $)
- réduction de la perte de recettes provenant des échographies (de 200 000 $ à 400 000 $)
- unification physique du Service de la médecine nucléaire et de celui de l'imagerie
- utilisation optimale des ressources en personnel et de l'équipement, par exemple, en évaluant les répercussions des brancardiers sur les délais dans les unités ou en élaborant des stratégies d'intensification du travail
- bon nombre des modalités (p. ex. tomographie, médecine générale, médecine nucléaire) tireront profit de l'achat de nouvel équipement (tel que prévu dans le plan de remplacement des immobilisations), ce qui devrait mener à une productivité accrue.

Les coûts proposés de l'objectif de dotation et des fournitures du Département d'ID de LHO sont inscrits dans le tableau suivant :

Coûts de la dotation visée et coûts variables des fournitures – Imagerie diagnostique

	ÉTP	Coûts variables autres que de main-d'œuvre
Dotation de l'ID de 1999-2000	301,66	5 422 000 $
Moins Économies possibles	- 36,0	- 1 630 000 $
Objectif en ÉTP	265,66	3 792 000
Indicateurs visés	,0227 h. trav./unité de la charge de travail	0,19 $/unité de la charge de travail

La réalisation de ces objectifs fera en sorte que LHO atteindra le 25^{e} centile du groupe pair. La dotation et les coûts qui précèdent comprennent les services fournis à l'Institut de cardiologie. L'efficacité de la productivité et la diminution des coûts d'approvisionnement auront également des répercussions sur les futures affectations de coûts à l'Institut de cardiologie.

Telle qu'énoncées précédemment, les améliorations à tirer de la technologie du PACS seront complétées après le calendrier de mise en œuvre de quatre ans.

Recommandations :

(69) Le directeur de l'imagerie diagnostique et le directeur de l'ATD devraient collaborer pour veiller à ce que l'organisation actuelle des ressources en porteurs et les pratiques opérationnelles connexes n'aient pas de répercussions défavorables sur la productivité et la capacité de production du Département de l'imagerie diagnostique.

(70) Le vice-président des services professionnels devrait procéder à la mise en œuvre de la technologie PACS.

(71) Le vice-président des services professionnels devrait abaisser les coûts de dotation et d'approvisionnement dans l'ensemble des centres fonctionnels sur l'imagerie diagnostique pour atteindre un niveau de productivité de 0,023 heure totale travaillée par unité de la charge de travail, une utilisation des fournitures de 0,19 $ par unité de la charge de travail et une augmentation des recettes de 700 000 $.

6.3.3 Pharmacie

L'Hôpital exploite actuellement des services de pharmacie dans les trois campus. Les services fournis comprennent la pharmacie clinique, les services de mélanges intraveineux et les opérations de pharmacie au détail. Les services sont décentralisés vers les deux grands campus, le Campus Général offrant du soutien au Campus Riverside.

6.3.3.1 Conception organisationnelle

Le département est structuré en trois campus distincts, le leadership du Campus Riverside étant assuré à partir du Campus Général. Le directeur du Service de pharmacie dirige les Campus Général et Riverside tandis que le gestionnaire des services de pharmacie est chargé du Campus Civic. Les entrevues n'ont permis de cerner aucun problème concernant la structure organisationnelle, les rapports hiérarchiques ou l'étendue du pouvoir du chef du département et du gestionnaire. Le Département de la pharmacie semblait mieux comprendre le processus d'amélioration continue de la qualité (ACQ) que les autres départements ayant été interviewés.

6.3.3.2 Ampleur des services

La pharmacie du Campus Civic exploite un système traditionnel de distribution des médicaments pour tous les médicaments administrés par voie orale et offre une unité de système basée sur l'utilisation des seringues pour la distribution de mélanges intraveineux. La pharmacie du Campus Civic offre également des services à l'Institut de cardiologie et au Centre de cancérologie du Campus Civic.

La pharmacie du Campus Général offre un système de distribution de médicament uni-dose administré par voie orale et un système de mini-sac pour la distribution des mélanges intraveineux. Le Campus Général dispense des services au Centre de cancérologie du Campus Général et du soutien au Campus Riverside.

Les deux campus fournissent des services de pharmacie clinique, pour l'essentiel, appuient les aires médicales pour patients hospitalisés de l'Hôpital, qui sont les aires tirant le plus grand profit de la pharmacie clinique. Des services sont également dispensés dans les aires chirurgicales, mais de façon moins intensive.

La pharmacie Riverside offre des services à l'appui de son rôle en soins ambulatoires.

Des Services de pharmacie au détail sont fournis à chaque campus. Au Campus Civic, les services sont dispensés par le personnel hospitalier, tandis qu'au Campus Général, les services sont fournis par une pharmacie de l'extérieur.

Heures de service

	Campus Général	Campus Civic	Campus Riverside
Ouverture	7 h	7 h	7 h 30
Fermeture	22 h	22 h	17 h 30
Sur appel	De 22 h à 7 h	De 22 h à 7 h	De 17 h 30 à 7 h 30 (service assuré à partir du Campus Général)

6.3.3.3 Activités

Installations

L'espace disponible au Campus Civic convient au système de distribution actuel, mais il est quelque peu restreint sur les étages où l'on offre des services cliniques. On dit que l'espace accessible au Campus Général constitue un problème de taille.

Systèmes d'information

À l'heure actuelle, l'Hôpital exploite trois systèmes d'information distincts, c'est-à-dire un pour chaque campus. Le directeur et le vice-président ont affirmé qu'en raison de cette situation, il était difficile pour le personnel de passer d'un campus à l'autre. Pour pouvoir partager le personnel entre les deux campus principaux, il faut que les employés suivent une formation dans deux systèmes d'information distincts. Il a été signalé que l'Hôpital prévoit doter les services de pharmacie d'un système d'information unique. Cependant, ce ne serait pas fait au cours de la prochaine année ou des deux prochaines années.

Systèmes de distribution des médicaments

Comme nous l'avons indiqué précédemment, l'Hôpital exploite deux systèmes différents de distribution des médicaments. L'étude du coût des médicaments effectuée avec le directeur de la pharmacie et le vice-président révèle que leur coût est

vraisemblablement élevé au Campus Civic et plus bas au Campus Général. À l'opposé, les coûts de la main-d'œuvre au Campus Général sont plus élevés que ceux du Campus Civic. Il fallait s'attendre à de tels écarts, car le système uni-dose (exploité au Campus Général) réduit le gaspillage et la perte de médicaments et fait beaucoup diminuer les erreurs liées aux médicaments, mais non sans augmenter le coût de la main-d'œuvre. La conversion du Campus Civic à un système de distribution de médication uni-dose ferait vraisemblablement diminuer les dépenses globales en médicaments pour le Campus Civic, et restreindrait les erreurs reconnues et non reconnues liées aux médicaments. Cependant, ce changement ferait considérablement augmenter les coûts en dotation de ce campus.

Compte tenu des changements à la technologie portant sur les systèmes de distribution, il conviendrait davantage pour les deux campus d'adopter un système informatisé d'unité d'utilisation. Cette modification ferait probablement diminuer les coûts en médicaments au Campus Civic, atténuerait presque certainement le risque d'erreurs touchant les médicaments. En outre, le changement permettrait probablement de réaliser certaines économies au titre des coûts en main-d'œuvre au Campus Général et faciliterait la conversion à un système d'information unique dans les deux campus de patients hospitalisés.

Les personnes interrogées ont cerné les problèmes suivants :

1. Il est nécessaire d'améliorer le système de distribution au Campus Civic.

2. Il faut augmenter le niveau des systèmes de pharmacie clinique au Campus Général et au Campus Civic.

3. Il faut élaborer un processus formel d'examen de l'utilisation des médicaments dans les hôpitaux.

Il semble peu probable de pouvoir diminuer davantage les coûts de formulaire dans les hôpitaux, à moins que ces derniers soient prêts à modifier leur façon de traiter avec les patients admis alors qu'ils prennent des médicaments d'entretien. Plutôt que de faire passer le patient à un médicament générique et/ou équivalent, ces patients continuent à prendre les médicaments qu'ils recevaient avant d'entrer à l'Hôpital. Autrement, la pharmacie doit offrir un

vaste assortiment de médicaments génériques, surtout administrés par voie orale.

Une analyse de rentabilité d'un système de distribution à unité de consommation au Campus Civic a été préparée, sans toutefois avoir été approuvée. Cette technologie ferait en sorte que chaque étage disposerait d'un appareil semblable à un guichet automatique qui distribuerait les médicaments à chaque patient.

Répercussions des autres organisations

Le Département de la pharmacie offre des services à la fois à l'Institut de cardiologie et aux instituts de cancérologie. Il existe des ententes de prestation de ces services et tant les instituts de cancérologie que l'Institut de cardiologie fourniraient une partie de l'effectif en pharmacie.

L'Institut de cardiologie affecte 8,2 ÉTP aux services de pharmacie, dont 7,2 ÉTP travaillent à l'Institut de cardiologie et un Campus Civic en reconnaissance des besoins de distribution.

6.3.3.4 Rendement et dotation

Le fichier de la balance de vérification du SIG pour 1999-2000 rapportait 130,25 ÉTP pour le Département de la pharmacie.

L'examen ultérieur réalisé par LHO et portant sur leurs données du MSSLD au cours du présent examen opérationnel s'est traduit par un ajout de 2,38 ÉTP et des coûts de 107 662 $ à la Gestion du matériel pour la livraison de matériel pharmaceutique, le renouvellement de stocks destinés aux salles et des coûts de médicament mal imputés. Aux fins de la comparaison de la productivité, le total des ÉTP du Département de la pharmacie était de 132,63 ÉTP.

Le rendement de LHO en 1999-2000 s'établissait à 2,30 heures travaillées par cas pondéré PVR de l'Hôpital[130], comparativement au 25^{e} centile, de 2,37 pour le groupe pair. On a donc établi aucune économie de main-d'œuvre pour ce qui est du Département de la pharmacie.

[130] L'indicateur de la charge de travail des cas pondérés PVR a fait l'objet d'une entente après de très longues discussions.

Comparaisons de la productivité de la pharmacie

		H. trav. par unité de la charge de travail pondérée
LHO	1999-2000	2,30
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	1,84
	25e	2,37
	Médian	2,83
	75e	2,94
	Moyen	2,66

Les coûts variables autres que de médicaments non engagés dans un laboratoire à l'Hôpital sont supérieurs au 25e centile. L'examen de la structure de coût sous-jacente réalisée avec le directeur de la pharmacie de chacun des campus révèle que l'essentiel (500 000 $) de ces coûts est occasionné par des fournitures médicales et chirurgicales. L'examen indique en outre que ces frais sont les plus élevés au Campus Général (410 000$). Cet écart semble imputable aux pratiques comptables. Au Campus Civic, le coût de ces fournitures est exigé de l'utilisateur, soit principalement les étages de soins infirmiers, et au Campus Général, ces coûts demeurent dans le centre des coûts du Département de la pharmacie.

Recommandations :

(72) Le directeur du Département de la pharmacie devrait établir un processus formel d'examen de l'utilisation des médicaments qui aurait notamment comme objectif de déterminer les économies possibles au niveau des coûts de formulaire et/ou l'utilisation des médicaments.

(73) Le directeur du Département de la pharmacie devrait préparer une analyse de rentabilité afin de déterminer si la conversion à un système de distribution automatisé demeure une option réalisable.

(74) Les directeurs des Départements de la pharmacie et des finances devraient collaborer pour s'assurer que les coûts sont inscrits et rapportés de façon uniforme entre campus.

6.4 Services de soutien et d'administration

6.4.1 Services alimentaires aux patients et aux non-patients

Le Département des services de nutrition et d'alimentation est chargé de fournir les services suivants :

- Services alimentaires aux patients (Campus Civic et Campus Général)[131]
- Services de cafétéria/de distributrices (Campus Civic et Général)
- Nutrition clinique (dans les trois campus).

LHO offre également un programme d'internat à l'intention des internes en diététique.

Les Services de restauration interne et externes sont gérés et dotés en personnel distinctement par les Services de marketing, dans le portefeuille du vice-président de la planification stratégique et du développement. Les cuisines du Campus Riverside servent aux Services de restauration, car il s'agit d'une aire de la cuisine du Campus Général.

Les cafétérias dans les campus sont tenues par des bénévoles de LHO. Les services de cafétérias de l'Institut de cardiologie ne sont pas sous la responsabilité du Département de la nutrition et des services alimentaires de LHO.

6.4.1.1 Conception organisationnelle

Un directeur des services de la nutrition et de l'alimentation, qui relève du vice-président de la gestion des installations, gère le Département de la nutrition et de l'alimentation. Le directeur bénéficie de l'appui de la structure de gestion et de supervision suivante :

- Des gestionnaires de campus (1,0 ÉTP) des Campus Civic et Général sont chargés des opérations quotidiennes des services aux patients et des services de cafétéria. Des surveillants (qui ne sont pas des employés) sont sur place pour assurer la supervision directe du personnel.

[131] Certains services externes mineurs sont dispensés au Campus Riverside à partir du Campus Général.

- Le diététiste en chef (1,0 ÉTP) est responsable de la nutrition clinique. Il n'a pas de charge de travail en termes de patients.
- Le gestionnaire de l'internat et de la recherche (0,80 ÉTP) est responsable du programme d'internat.
- Le gestionnaire des projets (1,0 ÉTP) a été recruté en 1998-1999 pour prendre part à la réorganisation du service.
- Le gestionnaire des systèmes (1,0 ÉTP – porte actuellement libre) a pour mission de gérer les systèmes CYBORG qui sont en place dans les deux campus.

6.4.1.2 Activités

Les conclusions liées aux activités sont décrites ci-dessous :

- On a recours au commissariat d'Ottawa, à l'appui des activités de préparation des assiettes froides dans les campus pour patients hospitalisés, ce qui fait diminuer la production sur les lieux des deux campus. Le directeur rapportait que le commissariat (qui soutient de nombreux hôpitaux dans tout l'Ontario) atteint sa pleine capacité de production et pourrait avoir besoin de nouvelles installations. Quand le commissariat a été établi, le marché n'était pas aussi avancé et d'autres options sont maintenant offertes.
- Voici les différences opérationnelles et organisationnelles entre les campus :
  - Transport des chariots de réchauffement thermique vers les Unités de soins infirmiers :
    - Campus Civic : travailleurs du transport des ATD
    - Campus Général : personnel des services d'alimentation
  - Livraison des plateaux aux patients :
    - Campus Civic [132] : auxiliaires des Services d'entretien ménager offerts aux patients
    - Institut de cardiologie : personnel des services d'alimentation

[132] Le personnel et le service de livraison des plateaux doit retourner aux services d'alimentation en janvier 2001.

- Campus Général : personne des services d'alimentation

– Garde-manger de l'Unité des soins infirmiers :
  - Campus Civic[133] : auxiliaires du Service d'entretien ménager offert aux patients
  - Institut de cardiologie : personnel du service d'alimentation
  - Campus Général : personnel du service d'alimentation

– Lavage de vaisselle :
  - Campus Civic : personnel du service d'alimentation
  - Campus Général[134] : personnel d'ATD

– Entretien ménager de la cuisine :
  - Campus Civic : personnel du service d'alimentation
  - Campus Général : personnel du Service d'entretien ménager

– Techniciens en diététique :
  - Campus Civic : le personnel serait partagé (50/50) entre les services d'alimentation et de nutrition clinique
  - Campus Général : tout le personnel relèverait du Département de nutrition clinique

– Diététistes cliniques :
  - Campus Civic : le personnel serait localisé sur l'étage; les techniciens en diététique contribueraient à la préparation des menus
  - Campus Général : le personnel serait localisé de façon centrale; les diététistes contribuent à la préparation des menus

– Menus :
  - Campus Civic : menu ne présentant pas de choix

[133] Le service et le personnel de réapprovisionnement du garde-manger doit retourner aux services d'alimentation en janvier 2001.

[134] Le personnel et les fonctions doivent être transférés aux services d'alimentation en janvier 2001.

  - Campus Général : menu présentant des choix (qui deviendra un menu sans choix dans environ 40 % des secteurs; nous ne sommes pas sûrs si cette expansion se poursuivra)
- Système du service d'alimentation Cyborg
  - Même système informatique, bases de données différentes, cycles de menu sur 7 jours c. 14 jours, etc.

- Le lave-vaisselle qui se trouve au Campus Civic date d'environ 40 ans et le département ne peut plus obtenir de pièces de remplacement. Un plan de secours est mis en place pour utiliser les biens jetables si le lave-vaisselle devient irréparable ou fait défaut pendant de longues périodes.
- À l'heure actuelle, les deux campus sont installés pour préparer des assiettes. Résultat, il y a dédoublement des structures de supervision, des opérations, de l'équipement, et ainsi de suite. Bien que selon les rapports, le concept de préparation d'assiette dans les installations centrales ait été étudié il y a six ans (englobant plus que tout simplement les Campus Civic et Général), l'environnement actuel justifie une nouvelle analyse de rentabilité portant sur les Campus Civic et Général. Des économies d'échelle permettraient d'alléger la structure de gestion et de supervision et d'abaisser les coûts de montage. Il faudrait se pencher sur les coûts de transport de concert avec les autres services de transport et de logistique des campus (matériel, laboratoires, etc.) sur les coûts liés au remplacement du lave-vaisselle de même que sur les coûts de remplacement d'autres équipements.
- Il pourrait être possible d'accroître les recettes par une collaboration plus étroite avec les autres fournisseurs de services :
  - Le Département des services de nutrition et d'alimentation estime que les cafétérias, par leurs activités, représentent des concurrents directs et ont élaboré des stratégies de marketing pour attirer du personnel et des visiteurs au cafétéria (publicité, marque de commerce différentes, etc.)
  - Les Services de restauration internes et externes sont gérés, dotés en personnel et exploités de façon

autonome (dans une division différente).

6.4.1.3 Rendement et dotation

Nutrition clinique

Le fichier de la balance de vérification du SIG de 1999-2000 faisait état de 35,44 ÉTP et d'un total de 15 655 personnes présentes. L'examen subséquent effectué par LHO des données rapportées par le MSSLD au cours de cet examen opérationnel s'est traduit par l'ajout des personnes suivantes qui n'avaient pas été rapportées :

- présences au Campus Général : 32 563 personnes
- présences à l'USI du Campus Civic : 1 007 personnes.

En 1999-2000, le Département de nutrition clinique a atteint un niveau de productivité de 1 194 heures travaillées par personne. Ce niveau est légèrement supérieur au 25^{e} centile du groupe pair, qui est de 1 191 heures travaillées par personne.

Comparaisons de la productivité en nutrition clinique

		H. trav. par personne
LHO	1999-2000	1,194
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	0,956
	25^{e}	1,191
	Médian	1,415
	75^{e}	2,276
	Moyen	1,754

L'objectif de dotation du centre fonctionnel de nutrition clinique de LHO s'établit à 35,44 ÉTP, ce qui comprend les 1,13 ÉTP actuels qui offrent du service à l'Institut de cardiologie. On a rapporté que le tout constituait un reflet exact des ressources fournies.

Services d'alimentation

Le fichier de la balance de vérification du SIG de 1999-2000 rapportait les ressources et les statistiques suivantes pour les activités du service d'alimentation offert aux patients et aux non-patients :

- 176,16 ÉTP
- 12 704 356 $ en coûts de fonctionnement bruts

- 399 889 jours-repas de patient (patients hospitalisés et en consultation externe).

L'examen ultérieur effectué par LHO de leurs données du MSSLD au cours du présent examen opérationnel s'est traduit par les ajouts suivants aux ressources déclarées :

- 4,58 ÉTP et des coûts connexes de 192 049 $ ont été ajoutés à la Gestion du matériel au titre des services des chariots de repas, d'alimentation et de garde-manger
- 5,58 ÉTP et des coûts connexes de 233 679 $ ont été ajoutés à la Gestion du matériel au titre des services de lave-vaisselle
- 11,4 ÉTP et des coûts connexes de 430 322 $ ont été ajoutés à l'entretien ménager pour des auxiliaires en services aux patients offrant des services de livraison de plateau.

Les ressources et les statistiques suivantes portant sur les services alimentaires offerts aux patients et aux non-patients ont servi à des fins de comparaison :

- 197,73 ÉTP
- 13 560 406 $ en coûts de fonctionnement bruts
- 8 524 961 $ en coûts de fonctionnement nets (excluant les frais de recouvrement externes et d'amortissement et autres frais liés à l'équipement)
- 399 889 jours-repas de patient.

En 1999-2000, les Services alimentaires ont dégagé un coût de fonctionnement net de 21,32 $ par jours-repas patient. Un seul autre hôpital pair a obtenu un rendement supérieur à celui de LHO.

Comparaisons de rendement – Services alimentaires aux patients et aux non-patients

		Coûts nets par jours-repas patient
LHO	1999-2000	21,32
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	20,86
	25e	23,85
	Médian	25,29
	75e	26,71
	Moyen	25,91

Le coût net visé par jours-repas pour le centre fonctionnel des services alimentaires de LHO est de 21,31 $ et l'objectif de dotation s'établit à 197,73 ÉTP (incluant la prestation de services alimentaires aux patients hospitalisés de l'Institut de cardiologie).

Recommandations :

(75) Le directeur des Services alimentaires devrait collaborer avec les autres départements de soutien (ATD, entretien ménager) pour élaborer et mettre en œuvre des mécanismes et des responsabilités opérationnelles uniformes dans les campus.

(76) Le vice-président de la gestion des installations et le directeur des Services alimentaires devraient effectuer une analyse de rentabilité pour déterminer s'il est possible d'offrir des services centralisés de préparation d'assiette aux deux campus comparativement à la pratique actuelle de préparation d'assiette sur les lieux des deux campus.

6.4.2 Génie biomédical

Des entrevues ont été menées avec le directeur de la technologie de la santé et les gestionnaires de chacun des deux campus. Le département s'occupe de l'entretien et de la réparation de l'équipement biomédical dans l'ensemble de l'organisation. Il offre également des services aux autres hôpitaux d'Ottawa et de la Vallée d'Ottawa. De plus, il fournit des services pour l'Institut de recherche, à l'Institut de cardiologie et aux centres de cancérologie.

6.4.2.1 Conception organisationnelle

L'organisation du département repose sur le maintien de services relativement distincts dans chacun des campus. Deux gestionnaires relèvent du directeur : un pour le Campus Civic et l'autre pour les Campus Général et Riverside. Les entrevues n'ont permis de cerner aucun problème au niveau de la structure organisationnelle, des rapports hiérarchiques ou de l'étendue du pouvoir du chef de département ou des gestionnaires. Le directeur a estimé que ses responsabilités étaient globales et stratégiques et semblait très bien comprendre les problèmes auxquels l'Hôpital est confronté.

6.4.2.2 Activités

Les facteurs qui touchent les activités sont décrits ci-dessous :

- Il manque beaucoup d'espace au Campus Civic d'Ottawa, mais la situation est meilleure dans le cas des installations du Campus Général.
- Rien n'indiquait que l'équipement utilisé au sein du département était inadéquat.
- Au sein même du département, il y a peu de possibilités d'uniformiser les fournitures. Toutefois, dans l'Hôpital, on pourrait uniformiser l'équipement, puis abaisser les frais de l'ensemble de l'Hôpital.
- L'équipement utilisé dans l'ensemble de l'Hôpital est vieux et il faudrait beaucoup de ressources pour le garder en bon état. Bien que l'entretien continu de l'équipement vieillissant abaisse les coûts en capital, il augment les coûts de fonctionnement. Ce problème a également été relevé lors de l'examen des installations et des activités, pour lesquelles 12 millions de dollars en nouvel équipement sont nécessaires.
- Des ressources de bureau inadéquates signifient que le personnel professionnel doit exécuter des tâches de bureau.
- Comme nous l'avons indiqué ailleurs, il manque beaucoup d'espace, en particulier au Campus Civic d'Ottawa.
- Les retards dans les systèmes de rapport financier ont entraîné la perte de la possibilité de réclamer des frais applicables à l'équipement assuré.

6.4.2.3 Rendement et dotation

Le fichier de la balance de vérification du SIG de 1999-2000 rapportait les ressources et les statistiques suivantes dans le cas des activités des Services de génie biomédical :

- 44,13 ÉTP
- 4 993 005 $ en coûts de fonctionnement bruts
- 4 692 249 $ en coûts de fonctionnement nets (en excluant les recouvrements à l'externe).

L'examen ultérieur effectué par LHO de ces données du MSSLD au cours du présent examen opérationnel a entraîné l'ajout de 3,99 ÉTP (soit 163 280 $) de la Gestion du matériel au titre du personnel responsable de la réparation et de l'entretien des appareils de maintien des fonctions vitales, de

l'oxygène et de l'équipement fournissant du gaz.

Les ressources et les statistiques suivantes exposées de nouveau au titre des services alimentaires offerts aux patients et aux non-patients ont servi à établir des comparaisons de rendement :

- 48,03 ÉTP
- 5 156 285 $ en coûts de fonctionnement bruts
- 4 855 529 $ en coûts de fonctionnement nets (à l'exclusion des recouvrements externes).

Les comparaisons du rendement du Département de génie biomédical s'appuient sur le coût de fonctionnement net du génie biomédical par cas pondéré PVR de l'Hôpital.

Le rendement de LHO en 1999-2000 comparé à celui des hôpitaux d'enseignement est présenté dans le tableau suivant.

Comparaisons du rendement du Département de génie biomédical

		Coût net par cas pondéré
LHO	1999-2000	48,03 $
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	21,15 $
	25e	33,34 $
	Médian	38,46 $
	75e	41,25 $
	Moyen	36,13 $

Le coût net par cas pondéré du Département de génie biomédical de LHO est le plus élevé parmi celui du groupe des hôpitaux d'enseignement pairs. Pour atteindre le 25e centile, LHO devrait abaisser les coûts de fonctionnement du Département de génie biomédical d'environ 1,4 million de dollars (dont 18,98 ÉTP).

Bien que des ajustements aient été apportés aux données rapportées par le MSSLD, le directeur a établi qu'environ 800 000 $ en coûts de fonctionnement au Centre fonctionnel du Département biomédical sont sous le contrôle des Services rénaux. Environ 12 000 heures de main-d'œuvre aux Services de génie biomédical sont le fait d'aide-infirmières qui s'acquittent d'un rôle touchant davantage la préparation du patient en vue de la dialyse que l'entretien de l'équipement (tel que rapporté par le directeur). Pour faciliter la conciliation des

coûts de fonctionnement de la dialyse rénale et des niveaux de financement du MSSLD, ces coûts devraient être saisis et rapportés sous le centre fonctionnel de la dialyse rénale.

Des discussions avec le personnel ont fait ressortir les possibilités suivantes d'améliorer la rentabilité du Service de génie biomédical :

- Il serait possible de donner plus d'ampleur au département et d'abaisser les frais généraux de l'Hôpital. Il faudrait accroître le nombre de contrats dont le Département biomédical est responsable et le nombre de programmes d'assurance-entretien à l'Hôpital. Le fait de compter davantage sur le Département de génie biomédical pourrait produire des économies supplémentaires de 150 000 $ (voir l'annexe un ci-joint). Ces économies découleraient des secteurs qui passeraient du service externe au service interne.
- Le département reçoit actuellement environ 300 000 $ en recettes provenant surtout de recouvrement pour des services offerts à d'autres hôpitaux d'Ottawa. Le directeur a mentionné que ce montant ne suffit pas à couvrir les coûts qui s'élèvent à environ 150 000 $. Des négociations récentes de l'entente de services ayant entraîné ce déficit ont amené le client à passer un contrat de services avec un autre fournisseur. Le département devrait abaisser ces coûts de fonctionnement de 150 000 $ pour parer à cette perte de recettes.
- Il serait possible d'épargner environ 100 000 $ en remaniant le système des ordres d'exécution, comme nous l'avons indiqué ailleurs, par une participation accrue dans tout l'Hôpital aux contrats d'entretien et aux programmes d'assurance-entretien.

Le coût de fonctionnement net visé par cas pondéré pour les Services de génie biomédical est de 45,56 $ par cas pondéré calculé de la façon suivante :

Coûts de fonctionnement visés du Service biomédical

Coûts nets de fonctionnement de 1999-2000	4 855 529 $
Moins	
Usage interne accru	154 000 $
Perte de l'entente de services	150 000 $
Remaniement du travail	100 000 $
Coût net de fonctionnement visé	4 451 529 $
Coût net de fonctionnement visé/cas pondéré	45,56 $

L'exclusion des coûts du Service rénal actuellement rapportés sous le Département de génie biomédical entraîne un coût net par cas pondéré de 37,29 $. Ce niveau se situe entre le rendement médian et le rendement moyen des hôpitaux d'enseignement pairs. Compte tenu de l'âge de l'équipement entretenu, et du manque d'installations au Campus Civic, ils seront probablement incapables d'atteindre le 25^{e} centile.

Recommandations :

(77) Le vice-président de la gestion des installations devrait s'assurer que les coûts des services fournis aux autres organisations sont recouvrés comme il se doit.

(78) Le vice-président de la gestion des installations devrait abaisser les coûts de fonctionnement de 150 000 $ de façon à justifier la perte des contrats de services.

(79) Le vice-président de la gestion des installations devrait mener une étude pour vérifier s'il serait possible de recourir davantage aux services internes et si un tel recours accru permettrait de réaliser des économies de 154 000 $.

(80) Le vice-président de la gestion des installations devrait abaisser les coûts de fonctionnement de 100 000 $ au moyen du remaniement du systèmes des ordres d'exécution.

(81) Le vice-président des finances devrait s'assurer que toutes les ressources et les coûts liés à la Dialyse rénale soient saisis dans le centre fonctionnel de la Dialyse rénale.

(82) Le vice-président des finances devrait transférer la responsabilité de 3,99 à la Gestion du matériel qui est responsable de la réparation et de l'entretien des appareils de maintien des fonctions vitales, de l'oxygène et de l'équipement fournissant le gaz aux services biomédicaux.

6.4.3 Gestion du matériel et des fournitures

La gestion du matériel et des fournitures à LHO englobe les services suivants :

- acquisition
- approvisionnement, traitement et distribution (ATD).

Jusqu'à présent, la restructuration et l'unification des services de gestion du matériel dans les trois campus a été très limitée. Bien qu'un Département des achats uniques ait été établi (mais non unifié en un seul endroit), du point de vue opérationnel, trois services de gestion du matériel continuent d'être exploités dans les trois campus.

Au moment du présent examen, LHO a entrepris deux grandes études en vue de planifier la restructuration des services de gestion du matériel de la façon suivante :

- La société Johnson & Johnson Consulting Services a obtenu un contrat de 10 mois (d'août 2000 à mai 2001) pour gérer les activités de traitement, mener un examen détaillé des services de traitement et mettre en œuvre les recommandations découlant de leur examen.
- La société Source Medical s'est vue accorder le contrat d'effectuer une analyse détaillée fondée sur les activités et d'établir le coût de tout le processus de la chaîne d'approvisionnement à LHO, de la présentation de demande aux comptes fournisseurs inclusivement. LHO prévoit un réaménagement majeur de tout le processus de la chaîne d'approvisionnement à la suite de cette analyse qui devrait être achevé en mars 2001.

6.4.3.1 Organisation

Le Département de la gestion du matériel et des fournitures est exploité comme s'il consistait en deux départements (les achats et ATD), chacun étant géré par un directeur, et ces deux départements relèvent du vice-président des Finances.

Les achats

Un directeur des achats est chargé de superviser la gestion de toutes les activités d'acquisition à LHO. Outre le directeur, le personnel de gestion et de supervision suivant est en place :

- gestionnaire des achats (1,0 ÉTP)
- superviseur (Campus Civic) (1,0 ÉTP)

- gestionnaire du matériel médical/chirurgical de la salle d'opération (1,0 ÉTP)
- coordonnateur des contrats (1,0 ÉTP).

Approvisionnement, traitement et distribution

Un directeur de l'approvisionnement, du traitement et de la distribution est chargé de superviser la gestion de toutes les activités d'ATD de LHO. Outre le directeur, le personnel de gestion et de supervision suivant est en place :

- gestionnaire des Services d'approvisionnement (1,0 ÉTP)
  - superviseurs de campus (Civic et Général) (2,0 ÉTP)
- gestionnaire des Services de traitement (1,0 ÉTP)
  - superviseurs de campus (Civic, Général et Riverside) (6,6 ÉTP)
- gestionnaire des Services de distribution (1,0 ÉTP)
  - superviseurs de campus (Civic et Général) (2,0 ÉTP)

Les gestionnaires sont chargés des activités quotidiennes et les superviseurs assurent une surveillance directe du personnel, et notamment des horaires et de la consignation du temps.

6.4.3.2 Activités d'achat

LHO a adopté un modèle d'achat centralisé pour fournir des services d'achat dans l'ensemble de l'organisation. Suite à la fusion, 6,11 ÉTP ont été transférés des autres centres fonctionnels aux achats pour justifier les activités d'achat effectuées dans les autres centres fonctionnels (Gestion des installations, Pharmacie, Salle d'opération, Inventaire des magasins). Exception faite des Services alimentaires, le Service des achats est chargé de la négociation de contrat et de procéder aux achats pour tous les secteurs de la société. Les initiatives de mises en œuvre et les réalisations qui se sont concrétisées depuis la fusion comprennent les suivantes :

- Un modèle d'acquisition a été mis en œuvre dans le cadre duquel les acheteurs se sont vus attribuer la responsabilité de certains biens.
- On a constitué un comité unique d'évaluation et d'uniformisation des produits. Le directeur des achats fait office de président du comité dont les membres se réunissent à tous les mois et ont recours à des sous-groupes

au besoin, selon le produit qui est évalué. Le comité est également chargé de déterminer quels produits doivent être stockés en inventaire officiel.

- On a fortement mis l'accent sur la négociation/l'unification de contrat :
  - Une masse critique accrue permet de réaliser des économies d'échelle pour obtenir de meilleurs prix. Les prix sont évalués avec d'autres groupes d'achat (comme MedBuy) afin d'obtenir les meilleurs prix.
  - Des contrats régionaux sont signés avec d'autres organisations de soins de santé (Kingston, Centre de réadaptation d'Ottawa, Queensway-Carlton, etc.).
  - Tous les contrats comprennent des clauses permettant le partage des prix des contrats et autorisant LHO à obtenir les meilleurs prix au Canada.
- LHO a rapporté que les économies suivantes avaient été réalisées depuis la fusion :
  - 1998-1999 : 470 000 $ en économies sur le prix d'achat et 2,6 millions de dollars en remises
  - 1999-2000 : 660 000 $ en économies sur le prix d'achat et 1,5 million de dollars en remises
  - 2000-2001 : objectifs de 1,2 million de dollars en économies, dont de 40 à 50 % ont été réalisées au moment du présent examen.
- On est parvenu à exercer un contrôle plus serré sur les commandes en diminuant le nombre de cartes de crédit de 95 à 3. L'accès aux cartes de crédit qui restent est obtenu par l'intermédiaire du Service des achats.
- Des discussions sont en cours pour tisser des liens d'achat avec les Hôpitaux Winchester et Hawkesbury.

Voici les constatations et les possibilités en matière d'achats :

- Le Département des achats a révélé qu'il existe d'autres possibilités importantes de réaliser des économies sur les prix d'achat au moyen de l'uniformisation, surtout en ce qui a trait aux produits liés à la salle d'opération[135]. De

[135] C'est la responsabilité du gestionnaire des produits médicaux/chirurgicaux de la salle d'opération.

meilleures méthodes d'achat des médicaments et de négociation de contrat mèneront également à des coûts réduits de médicament. Nous avons établi des économies additionnelles à l'achat de 1,2 million de dollars (soit environ 1 % des coûts autres que de main-d'œuvre, à l'exclusion de l'amortissement, de la lessive, des aliments et des coûts liés à l'équipement) en sus de celles qui ont déjà été réalisées. En outre, nous nous sommes déjà fixés comme objectif la possibilité à la baisse de 80 % des économies de l'année précédente, et ce pour les quatre prochaines années[136].

- Le directeur des achats devrait continuer à tenter de réaliser des économies sur le prix d'achat et de se fixer de nouveaux objectifs d'économies sur les ouvertures sur une base annuelle. L'atteinte des objectifs et la concrétisation des économies devraient être communiquées et rapportées régulièrement dans l'ensemble de l'organisation.
- Trois inventaires distincts se traduisent par trois bons de commande d'inventaire. L'établissement éventuel d'un inventaire unique aura comme résultat un bon de commande pour l'inventaire.
- La présentation de demande en direct est mise en place uniquement pour les usagers à volume élevé. Les demandes de papier sont reçues d'autres emplacements. Les droits de licence applicables aux terminaux ont restreint le prolongement des demandes en direct. Nous incitons l'Hôpital à continuer à aller de l'avant dans l'informatisation de tout le processus de la chaîne d'approvisionnement.
- Bien que LHO ait pris la décision d'éliminer à toutes fins pratiques l'utilisation des cartes d'achat, ces cartes peuvent représenter une solution de rechange à moindre coût au modèle traditionnel du bon de commande qui est utilisé à LHO pour certains genres de produits/de services (comme les produits à faible coût, les déplacements, les articles d'entretien et de réparation, les achats à partir d'Internet, etc.) Bien utilisées, ces cartes éliminent la nécessité des bons de commande pour tous les articles, diminuent le nombre de paiements au fournisseur, améliorent la période du cycle

[136] Le projet de laboratoire régional de l'Est de l'Ontario à lui seul a prévu des économies sur les éléments autres que la main-d'œuvre d'environ 728 000 $ par année pour LHO.

global d'achat et rehaussent la responsabilisation et la confiance des employés.

- Il faudrait envisager d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des procédures concernant l'utilisation des cartes d'achat plutôt que d'éliminer l'utilisation de ces cartes.
- On a soutenu que le poste de surveillant au Campus Civic était nécessaire en raison des services d'achat se trouvant dans les trois campus. L'unification du Département des achats (de préférence à proximité du Département des finances) en un seul emplacement éliminera ce besoin à l'avenir.
- Les capacités d'ÉDI sont présentement limitées en raison des capacités du système. Les commandes d'ÉDI sont accessibles seulement sur le système Carenet et doivent être introduites (saisies de nouveau). On demande aux fournisseurs de placer des commandes. La prochaine version du système ORACLE (été 2001) comportera des capacités d'ÉDI améliorées.
- Il a été déclaré que le système ORACLE était lent, ce qui entraîne une période de traitement très longue des demandes et des bons d'achat. On prévoit que les mises à niveau du système amélioreront le rendement.
- Au moment de la fusion, on comptait 22,0 ÉTP dans les départements des achats des trois campus. L'effectif actuel de 28,1 ÉTP résulte de la mutation du personnel des achats provenant d'autres centres fonctionnels. La charge de travail associée au transfert de patients de l'Hôpital Grace aurait été absorbée dans ces niveaux de dotation. Toutefois, une augmentation de 27 % de la dotation va à l'encontre des expériences vécues dans d'autres réseaux de soins de santé/régions qui unifient les services des achats/de la gestion du matériel où les diminutions constituent la norme.
- La structure actuelle des achats aurait été établie pour appuyer la croissance au niveau des possibilités régionales. Toutefois, au moment du présent examen, aucune entente formelle avec d'autres organisations n'avait été conclue.
- Il y a un poste d'adjoint aux achats pour chaque acheteur. Les acheteurs se concentrent sur la négociation et leurs adjoints s'intéressent surtout au travail de bureau qui entoure la présentation des bons d'achat (création du bon d'achat, expédition, etc.). Une réinstallation éventuelle, les nouvelles

mises à niveau du système (comme les capacités de l'ÉDI), l'uniformisation du produit et l'unification de l'inventaire devraient mener à une moins grande nécessité d'avoir recours à des adjoints aux achats. Une quantité importante de charge de travail liée aux acheteurs est présentement centrée sur l'unification et la négociation des contrats.

- Une quantité importante de charge de travail liée aux acheteurs est présentement centrée sur l'unification et la négociation des contrats. Ces activités sont très liées à la restructuration et devraient ralentir une fois l'unification et l'uniformisation terminées.
- L'intégration et la réingénierie des fonctions de comptes fournisseurs aux fonctions de l'adjoint aux achats rationaliseraient les processus, amélioreraient les communications et réduiraient les besoins en personnel.

6.4.3.3 Activités de l'approvisionnement, du traitement et de la distribution

Les secteurs de l'approvisionnement, du traitement et de la distribution sont structurés de manière à offrir les services suivants :

- Services d'approvisionnement : contrôle et gestion de l'inventaire, réapprovisionnement des fournitures dans les secteurs des usagers, réception des fournitures, entreposage à long terme.
- Services de traitement : nettoyage de l'instrument, décontamination, traitement stérile, préparation des chariots de dossiers pour la SO, préparation des plateaux destinés aux salles.
- Services de distribution : transport du matériel, services de porteur pour patients.

Voici les conclusions importantes liées aux activités d'ATD :

<u>Réapprovisionnement de fourniture pour le secteur de l'usager</u>

On se sert d'un système de réapprovisionnement en 48 heures pour renouveler la marchandise dans les secteurs de l'usager. Des carrousels sont en place dans tous les campus afin de permettre de prendre possession plus efficacement des commandes. Voici les différences principales entre les campus :

- L'existence d'armoires individuelles de fournitures/de linge pour les patients au Campus Général se traduit par une routine de réapprovisionnement qui requiert davantage de main-d'œuvre comparativement à celle du Campus Civic, où les salles de fourniture des Unités de soins infirmiers sont remplies. Il s'agit d'une caractéristique du concept Friesen, qui vise à minimiser le temps consacré par le personnel des soins infirmiers à aller chercher des fournitures. Toutefois, l'utilisation d'ascenseurs à injection qui éliminent la nécessité de transporter à la main des fournitures des magasins principaux à l'étage compense quelque peu la main-d'œuvre supplémentaire nécessaire pour le réapprovisionnement des fournitures au Campus Général.
- Le préposé aux fournitures au Campus Civic s'acquitte d'une fonction de réapprovisionnement plus générale, qui comprend le garde-manger et le matériel en pharmacie. Ces fonctions relèvent des départements respectifs au Campus Général.
- Le réapprovisionnement en formulaires est effectué une fois par semaine (les samedis) au Campus Général. Au Campus Civic, il est intégré au rôle du préposé aux fournitures.

Contrôle et gestion de l'inventaire

La gestion de l'inventaire représente une fonction cruciale. Elle peut augmenter ou diminuer les mouvements de trésorerie, améliorer ou détruire les niveaux de service, et créer ou empêcher les dépassements de crédit. On conçoit généralement l'inventaire comme une grande masse. Toutefois, la taille de cette masse est déterminée par la multitude de décisions ayant trait à chacun des produits qui s'y trouvent au cours de l'année. En définitive, les directives d'orientation, peu importe leur degré de précision, doivent se limiter à la stratégie de commande d'un produit en particulier. La tâche de gestion de l'inventaire consiste à exercer un contrôle sur celui-ci au cours du choix du moment de commander et de la quantité à commander en tenant compte des besoins éventuels.

Le département a rapporté que l'on s'est peu préoccupé de la gestion de l'inventaire depuis la fusion. Chaque campus continue de tenir des inventaires. Jusqu'à présent, l'uniformisation et l'unification des inventaires s'est limitée à déterminer les produits communs entre les inventaires des Campus Riverside et Général. Le département élabore

actuellement des objectifs de gestion des inventaires qui englobent un entrepôt unique situé au Campus Civic.

On a signalé que les données historiques concernant les valeurs d'inventaire et les taux de roulement étaient problématiques, en raison des changements apportés au système et des différences au niveau du matériel faisant partie de l'inventaire dans les différents campus. Les données suivantes qui sont fournies par le département constituent les meilleurs renseignements possibles sur les valeurs actuelles et historiques de l'inventaire :

Campus	Mars 1997	Mars 1998	Mars 1999	Mars 2000
Général (y compris la pharmacie)	1 622 853	1 664 012 $	2 063 968 $	2 938 958 $
Civic (y compris la pharmacie)	4 492 631	4 470 458 $	3 374 116 $	2 815 384 $
Riverside (y compris la pharmacie)	S.O.	S.O.	287 697 $	298 904 $
Inventaire total			5 727 780 $	6 055 246 $

Il a été établi que l'augmentation de la valeur au Campus Général découlait du matériel supplémentaire lié à l'an 2000 et s'inscrivait dans le transfert de formulaires du Campus Civic au Campus Général. Voici des exemples des différences entre campus sur ce qui sert à déterminer les valeurs des inventaires :

- Le matériel des salles de soins infirmiers du Campus Civic est compté alors que celui des Campus Général et Riverside est exclu.
- Les fournitures d'entretien du Campus Civic sont comptées alors que celles des Campus Général et Riverside sont exclues.

Le nombre de rotations des stocks au cours d'une année constitue une mesure habituellement acceptée de contrôle des stocks. LHO a été incapable de fournir les ratios de rotation avant le présent exercice (2000-2001). Les valeurs de stock et les ratios de rotation suivants ont été fournis :

Valeurs et rotation des stocks de LHO en septembre 2000

Stocks (à l'excl. de Pharmacie)	Valeur	Rotation
Général	1 344 001 $	9,8
Magasins principaux (Civic)	997 253 $	12,4
SO principales (Civic)	837 120 $	2,7
Riverside	183 769 $	11,4
Total	3 362 144 $	9,1

Dans l'ensemble, LHO a obtenu un ratio de rotation cumulatif annuel de 9,1 sur les stocks rapportés (en moyenne, environ six semaines d'inventaire sont en main). Ce ratio de rotation est considérablement plus bas que les objectifs que se fixent habituellement les autres organisations (tant dans le secteur des soins de santé que le secteur privé). La CRSS a établi les indicateurs suivants qui s'appliquent au ratio de rotation des stocks :

Ratio de rotation	Rendement
Moins de 10 rotations/année	Faible
15 rotations/année	Moyen
Plus de 20 rotations/année	Élevé

LHO est exploité au bas du niveau de rendement des stocks rapportés. Les niveaux de stocks plus élevés se traduisent également par des coûts plus élevés de tenue annuelle d'inventaire[137] (généralement de 10 à 15 % de la valeur des stocks).

En atteignant un rendement moyen et élevé, il serait possible de réaliser les économies suivantes :

Économies possibles par l'amélioration du ratio de rotation des stocks

15 rotations/années		20 rotations/année	
Diminution ponctuelle des stocks	Économies sur les coûts de possession (10 %)	Diminution ponctuelle des stocks	Économies sur les coûts de possession (10 %)
1 322 443 $	132 244 $	1 832 368 $	183 237 $

Manifestement, le ratio de rotation des stocks laisse à désirer. LHO devrait prendre des mesures dynamiques de réduction des niveaux de stocks et d'amélioration de leur ratio de rotation. Nous suggérons que LHO adopte un objectif initial de 15 rotations des stocks par année. Une fois qu'il aura atteint cet objectif, l'Hôpital devrait en établir un nouveau fondé sur sa nouvelle expérience. Les 15 rotations par année se traduiraient par une diminution de la valeur des stocks de l'ordre d'environ 1,3 million de dollars et feraient diminuer les coûts de possession d'à peu près 132 000 $ par année. Il

[137] Les coûts de tenue d'inventaire comprennent les coûts d'entretien suivants : désuétude, intérêt, dommage, détérioration, freinte et entreposage.

devrait être possible d'atteindre cet objectif au cours des deux prochaines années.

En outre, on devrait envisager la possibilité d'avoir recours à l'impartition à un tiers qui se spécialise dans la logistique ou de s'associer avec un tel tiers en ce qui touche le programme de gestion des stocks. Une telle entente permettrait à LHO de se concentrer davantage sur ses activités de base (les soins de santé) et de recentrer le coût de possession des stocks vers une autre organisation.

Services de traitement

À l'heure actuelle, les Services de traitement sont offerts dans les trois campus. Voici les conclusions liées aux Services de traitement :

- Il existe un pourcentage élevé de produits réutilisables et on s'en remet largement à ces produits. On pourrait abaisser les coûts de traitement en ayant davantage recours aux produits jetables.
- Les possibilités d'uniformiser les produits dans les campus et entre campus sont considérables. On pourrait diminuer le nombre de produits en consignation et de fournisseurs.
- Les systèmes de chariots de cas SO sont exploités dans les trois campus. Toutefois, les systèmes eux-mêmes sont différents.
- Il a été rapporté que les demandes spécialisées qui sont destinées à la SO faisaient partie des activités normales. La SO du Campus Général aurait préparé 170 trousses adaptées grâce à trois ÉTP du traitement.
- Les classifications de postes ne sont pas uniformes entre campus. En effet, le Campus Général dispose de niveaux multiples de classification, le Campus Civic a un seul niveau de classification et le Campus Riverside présente une combinaison des deux. De plus, les conventions collectives actuelles limiteraient la formation polyvalente.
- On a déclaré que les politiques et les procédures n'étaient pas uniformes entre les campus.
- Un carrousel est utilisé pour procéder au ramassage sur les chariots de cas des SO au Campus Général. On a déclaré que les limites d'espace restreignent le ramassage à deux cas contre les six pour lesquels le carrousel avait été conçu. De

plus, on craint que l'utilisation du carrousel mène à des manipulations multiples des produits.

- Les différences entre campus et l'utilisation exhaustive de produits réutilisables occasionnent un impact considérable sur les besoins en formation continue.

Nos conclusions sont conformes à celles de la société Johnson & Johnson Consulting Services dans leur rapport intitulé « Sterile Processing and Distribution Program Analysis and Recommendations Report » daté du 27 octobre 2000. Les résultats de l'analyse effectuée par la société Johnston & Johnston ont été présentés à LHO en octobre 2000 et confirment qu'il existe des possibilités importantes (outre celles qui ont été établies dans le présent rapport) d'améliorer les activités et la rentabilité des Services de traitement stérile et de distribution.

Le rapport de la société Johnson & Johnson est centré sur l'amélioration des activités des trois services de traitement stérile actuels. La faisabilité d'une activité unique centralisée de traitement stérile ne s'inscrivait pas dans le mandat de l'analyse effectuée par la société Johnson & Johnson. Toutefois, il conviendrait d'évaluer les avantages importants à tirer d'un service de traitement centralisé. Ce sont :

- l'optimisation de l'équipement de stérilisation actuel
- la diminution du coût par chargement de l'équipement de traitement
- un personnel moins exposé aux produits chimiques toxiques
- la centralisation et l'uniformisation des instruments feraient augmenter l'utilisation du stock actuel d'instruments et leur disponibilité dans tous les campus.
- une éducation et une formation permanentes uniformes et normalisées.

Services de distribution

Les Services de distribution sont chargés du transport de tout le matériel et des patients. Ils sont offerts au besoin et selon la demande prévue. Les employés sont affectés à des zones/secteurs ou sont affectés directement à des centres fonctionnels. Voici les conclusions tirées concernant les Services de distribution :

- Le transport des patients pour les Départements de l'imagerie diagnostique, des urgences et pour l'Institut de cardiologie au Campus Civic est effectué au besoin. Ces départements doivent communiquer leurs demandes de services puis attendre les services, ce qui peut entraîner des retards. Au Campus Général, les employés sont affectés aux secteurs des diagnostics et des urgences. Les salles d'opération des deux campus comptent des employés affectés aux SO. La responsabilité de direction du personnel de transport des patients incombe à la Gestion du matériel à titre de ressource centralisée.

- Le rôle du travailleur des transports du Campus Civic a été élaboré dans le cadre d'un projet de réingénierie (FOCUS) mis en œuvre par l'Hôpital Civic à l'époque de la fusion. Il semblerait que cette mise en œuvre ait donné naissance à un « intermédiaire » dans les cycles de livraison/renouvellement et qu'il peut, en soi, engendrer de l'inefficacité et des retards dans le processus global. Voici certains exemples de cette étape « intermédiaire » :

  - Des spécimens en laboratoire recueillis par les phlébotomistes à temps partiel sont entreposés dans les Unités de soins infirmiers jusqu'à ce qu'ils en soient extraits et qu'ils soient livrés par le préposé au transport.

  - Les préposés à l'approvisionnement dépendent des préposés au transport pour la livraison des fournitures de réapprovisionnement provenant des magasins, des services alimentaires et de la pharmacie, pour pouvoir exécuter leurs activités de renouvellement.

  - Les quais de réception sont vidés de leurs fournitures après que le préposé au transport ait ramassé les biens reçus et les ait livrés soit aux magasins principaux ou directement aux départements utilisateurs.

- Le Campus Civic compte bien davantage sur les services de transport manuel pour le transport du matériel que le Campus Général. L'absence de tube pneumatique fiable au Campus Civic contribue à cette situation. De plus, l'utilisation des ascenseurs à injection pour effectuer l'approvisionnement au Campus Général fait en sorte que le campus compte moins sur le travail manuel de l'effectif pour déplacer des fournitures.

- Les Campus Général et Civic se servent de systèmes

différents pour affecter des porteurs chargés de répondre aux besoins des utilisateurs :

- Le Campus Civic se sert d'un système informatisé de répartition par téléphone, avec lequel les régions présentent leur demande de service; le système accorde alors une priorité aux appels et les porteurs doivent faire appel au système pour recevoir la demande.
- Les Campus Général et Riverside ont un pupitre des appels avec lequel les départements communiquent lorsqu'ils présentent une demande de service de transport. Le préposé au pupitre des appels affecte alors l'appel au porteur qui devient chargé de fournir le service.

- La livraison du courrier est traitée différemment selon les campus :
  - Les Campus Général et Riverside utilisent des boîtes postales communautaires.
  - Le Campus Civic bénéficie des services de préposés à l'envoi postal qui assurent la livraison du courrier.

Du point de vue opérationnel, il semble fondé de combiner les fonctions des Services d'approvisionnement et de distribution. Non seulement cette démarche allégerait la structure de gestion et de supervision, mais elle augmenterait les possibilités de formation polyvalente et d'intégration des processus, ce qui améliorerait l'efficacité globale. À titre d'exemple, l'intégration et le remaniement des fonctions des préposés à l'approvisionnement et au transport diminueraient le recours à des services de porteur et les périodes d'attente connexes, et amélioreraient les gains de productivité au titre du renouvellement des fournitures (en évitant la délégation de tâches). Il pourrait également en découler un nombre moindre de classifications d'employés à gérer.

6.4.3.4 Rendement et dotation

Les comparaisons du rendement du Département de la gestion du matériel s'appuient sur les coûts de fonctionnement nets de la Gestion du matériel en pourcentage des coûts totaux de fonctionnement nets de l'Hôpital[138].

[138] Les coûts net égalent les coûts bruts moins les recouvrements de l'extérieur, et excluent les coûts de l'amortissement et de l'équipement connexe.

Le fichier de la balance de vérification du SIG pour 1999-2000 faisait état des ressources suivantes pour les centres fonctionnels de la gestion du matériel et du transport des patients[139] :

- 362,38 ÉTP
- 18 957 570 $ en coûts de fonctionnement bruts
- 17 115 501 en coûts de fonctionnement nets (les coûts bruts excluent les recouvrements externes, les coûts d'amortissement et les coûts d'équipement connexes).

L'examen effectué par LHO des données rapportées au MSSLD au cours du présent examen opérationnel a entraîné les révisions suivantes aux rapports présentés au MS qui doivent être utilisés dans le cadre de l'examen opérationnel :

- Transfert de 59,75 ÉTP du centre fonctionnel de la gestion du matériel à divers autres centres fonctionnels (2 501 513 $ en salaires et avantages, 53 646 $ en fournitures) dans LHO :
  - 4,58 ÉTP et des coûts de 192 049 $ ont été ajoutés aux services alimentaires pour les services de chariots des repas/de nourriture/de garde-manger
  - 5,58 ÉTP et des coûts de 233 679 $ ont été ajoutés aux services alimentaires pour les services de lavage de vaisselle
  - 1,51 ÉTP et des coûts de 63 036 $ ont été ajoutés aux activités et à l'entretien des installations pour le déplacement interne de personnel non comptabilisé dans le rapport
  - 13,65 ÉTP et des coûts de 571 576 $ ont été ajoutés à la lessive/au ligne pour les services de ramassage de linge souillé et de livraison de linge propre
  - 3,9 ÉTP et des coûts de 163 280 $ ont été ajoutés au génie biomédical pour la réparation et l'entretien de

[139] Aux fins du présent examen, les centres fonctionnels de la gestion du matériel et du transport des patients ont été combinés, car LHO fait rapport des ressources de transport des patients du Campus Général seulement dans le centre fonctionnel du transport des patients. De plus, outre le transport des patients, les employés déplacent également du matériel comme des fournitures, des tableaux, des films, des spécimens, etc. Les ressources en transport des patients des Campus Civic et Riverside sont rapportées sous Gestion du matériel.

l'équipement de maintien des fonctions vitales, des appareils de production d'oxygène et de gaz

- 16,02 ÉTP et des coûts de 670 759 $ ont été ajoutés aux dossiers de santé pour le transport des dossiers des patients et des films
- 12,12 ÉTP et des coûts de 507 529 $ ont été ajoutés aux laboratoires cliniques pour le transport de spécimens et de sang.
- 2,38 ÉTP et des coûts de 107 662 $ ont été transférés à la pharmacie pour la livraison et le renouvellement de médicaments dans les salles et les coûts de médicament rapportés à la Gestion du matériel
- 45 583 $ ont été transférés dans les coûts d'approvisionnement au Département des soins respiratoires

- 1,0 ÉTP et des coûts de 33 877 $ ont été ajoutés au Département des soins ménagers (auxiliaires au service aux patients).

Les ressources et les statistiques suivantes pour la gestion du matériel ont servi à des fins de comparaisons du rendement :

- 303,63 ÉTP
- 16 440 350 $ en coûts de fonctionnement bruts
- 14 598 279 $ en coûts de fonctionnement nets (excluant les recouvrements externes, les coûts d'amortissement et les coûts d'équipement connexes).

Le rendement de LHO en 1999-2000 tel que comparé à la gamme des hôpitaux d'enseignement pairs est présenté dans le tableau suivant.

Comparaisons du rendement de la gestion du matériel

		Coûts nets en % des coûts nets de l'Hôpital
LHO	1999-2000	3,15 %
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	1,79 %
	25e	1,97 %
	Médian	2,10 %

75e	2,46 %
Moyen	2,27 %

Le pourcentage du coût net de la gestion du matériel de LHO est le plus élevé parmi le groupe des hôpitaux d'enseignement pairs. Exception faite d'un hôpital d'enseignement pair, tous les autres ont rapporté des pourcentages inférieurs à 2,55 %. Les quatre plus grands hôpitaux d'enseignement pairs ont fait état d'une gamme de pourcentage allant de 1,79 % à 2,54 %. Les pourcentages affichés par les trois autres hôpitaux d'enseignement pairs variaient entre 2,03 % et 3,12 %.

Pour atteindre le 25e centile, LHO devrait réduire ses coûts de fonctionnement de la gestion du matériel d'environ 5,5 millions de dollars (y compris 113,7 ÉTP), ce qui représente une réduction d'environ 38 % des ÉTP et des coûts de fonctionnement nets.

Ces réductions semblent d'une ampleur extrême. Cependant, il faut tenir compte des points suivants :

- Il reste à LHO à restructurer les services de gestion du matériel et à tirer profit des économies d'échelle et de l'uniformisation. Pour l'essentiel, trois services de gestion du matériel sont exploités. Par exemple, la tenue de trois inventaires dans trois campus s'accompagne actuellement de trois ensembles d'employés de magasin et de réception, de trois acheteurs (un pour chaque inventaire), de trois acheteurs adjoints (un pour chaque acheteur), de trois bons de commande, etc. Cette situation se répercute également sur le traitement des comptes fournisseurs.
- L'examen opérationnel effectué par la société The Johnson & Johnson Consulting Services confirme qu'il existe des possibilités importantes d'améliorer les activités et la rentabilité des Services de traitement d'ATD. À l'heure actuelle, un groupe de travail interne revoit et analyse le présent rapport et confirme les possibilités de réaliser des économies pour les cadres supérieurs en mars 2001.
- LHO prévoit que le réaménagement de tout le processus de gestion de la chaîne d'approvisionnement, des demandes aux comptes fournisseurs, intégrera des éléments comme le commerce électronique et les commandes informatisées et mènera à une restructuration considérable. L'analyse des coûts fondés sur les activités exhaustives qui est actuellement effectuée par la société Source Medical devrait

permettre de déterminer les domaines de restructuration précis.

- Le rapport du groupe de travail sur les Services de gestion du matériel de LHO (daté du 15 juillet 1998) affirmait que le Conseil des soins de santé de Vancouver/Richmond a établi que les hôpitaux de la région Vancouver/Richmond pouvaient atteindre un objectif d'économies variant entre 4,6 % et 8,5 % des coûts d'achat totaux au moyen de services logistiques intégrés en ayant recours aux méthodes suivantes :

  - rabais sur le volume et remise sur l'achat (de 0,8 % à 1,7 %)
  - uniformisation (de 1,7 % à 3,4 %)
  - des gains de productivité sur la chaîne d'approvisionnement (de 0,6 % à 1,7 %)
  - intégration des comptes fournisseurs (de 0,9 % à 0,9 %)
  - le commerce électronique – ÉDI/PFÉ (de 0,6 % à 1,3 %)

  Compte tenu des frais autres que de main-d'œuvre (à l'exclusion de l'amortissement) de LHO en 1999-2000, qui s'établissent à environ 137 millions de dollars, il s'agit d'environ 6,3 à 11,6 millions de dollars d'économies (en présumant qu'il existe une possibilité de réaliser des économies semblables à LHO).

Pour appuyer et valider encore davantage notre examen et nos conclusions, nous avons effectué deux autres analyses :

- Nous avons analysé les ÉTP de la gestion du matériel de LHO en tant que pourcentage des ÉTP totaux de l'Hôpital (note : cette analyse n'est pas influencée par les services externes fournis par les départements de la gestion du matériel)[140].
- Nous avons également analysé les heures travaillées pour chaque dollar autre que la main-d'œuvre (à l'exclusion de l'amortissement) de la gestion du matériel de LHO et,

[140] Tel est l'avantage d'utiliser l'indicateur du pourcentage de coût net qui exclut les recouvrements associés aux services externes pour isoler les coûts de gestion du matériel de l'Hôpital.

inversement, les dollars autres que de main-d'œuvre des heures travaillées par la Gestion du matériel.

Autres comparaisons de la gestion du matériel

		% des ÉTP de GM du total des ÉTP	H. trav. de GM par total des $	AQDMO $ par h. trav. de GM
LHO	1999-2000	5,02 %	0,0037	272 $
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	3,19 %	0,0017	579 $
	25e	3,39 %	0,0022	455 $
	Médian	3,47 %	0,0026	386 $
	75e	3,95 %	0,0028	356 $
	Moyen	3,73 %	0,0025	419 $
4 plus grands hôpitaux pairs	Échelon	De 3,38 % à 4,70 %	De 0,0017 à 0,0029	De 579 $ à 342 $

L'atteinte de ces échelons de pairs se traduirait par les diminutions suivantes d'ÉTP pour LHO :

Possibilité de réductions des ÉTP de la gestion du matériel applicables aux échelons de groupe pair

		% des ÉTP de GM du total des ÉTP – LHO	AQDMO $ par h. trav. de GM – LHO
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	110,5	161,3
	25e	98,5	121,5
	Médian	71,7	89,8
	75e	65,1	71,7
	Moyen	78,3	99,9
4 plus grands hôpitaux pairs	Échelon	De 99,3 à 19,5	De 161,3 à 63,99

Les analyses effectuées, combinées aux entrevues réalisées sur campus et aux observations formulées, nous permettent de conclure que des économies opérationnelles considérables peuvent être réalisées à LHO grâce à l'amélioration des mécanismes de gestion de la chaîne d'approvisionnement, dont l'unification et l'uniformisation des fonctions et des processus de gestion du matériel (inventaires, uniformisation des produits, amalgame des contrats, etc.).

Nous avons fixé un objectif en termes de coût net de fonctionnement de la gestion du matériel de 2,74 % des coûts de fonctionnement nets totaux de LHO (fondé sur les coûts et les pratiques de rapport de 1999-2000). Cet objectif présume que les frais variables autres que de main-d'œuvre dont il est

fait rapport dans la gestion du matériel demeurent inchangés (afin de justifier les préoccupations de LHO selon lesquelles la plupart de ces coûts devraient être affectés à d'autres centres fonctionnels). Cet objectif demeure le plus élevé parmi les quatre plus grands hôpitaux d'enseignement pairs et le deuxième plus élevé parmi l'ensemble des hôpitaux pairs.

Cet objectif se traduit par une diminution de 45,5 ÉTP (soit 1,9 million de dollars), ou 15 % comparativement à la réduction de 38 % nécessaire pour atteindre le 25^{e} centile (fondé sur le coût net comme pourcentage des coûts nets de l'Hôpital). LHO atteindrait les niveaux de rendement suivants :

		Coûts nets en % des coûts nets de l'Hôpital	% des ÉTP de GM du total des ÉTP – LHO	AQDMO $ par h. trav. de GM – LHO
LHO	Objectif	2,74 %	4,27 %	0,0031
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	1,79 %	3,19 %	0,0017
	25^{e}	1,97 %	3,39 %	0,0022
	Médian	2,10 %	3,47 %	0,0026
	75^{e}	2,46 %	3,95 %	0,0028
	Moyen	2,27 %	3,73 %	0,0025
4 plus grands hôpitaux pairs	Échelon	De 1,79 % à 2,54 %	De 3,38 % à 4,70 %	De 0,0017 à 0,0029

Comparativement à ceux des hôpitaux d'enseignement pairs, les coûts de fonctionnement de la gestion du matériel de LHO demeureraient les plus élevés. Toutes les offres de LHO concernant les services régionaux qui seront éventuellement présentées mèneraient à des augmentations des recouvrements externes qui compenseraient certains des coûts de fonctionnement de la gestion du matériel de LHO.

Il en découlerait un effectif total de la gestion du matériel de 258,1 ÉTP (excluant les 59,8 ÉTP comptabilisés dans d'autres centres fonctionnels) qui comprendrait les affectations de personnel à l'Institut de cardiologie.

Objectif de dotation de la Gestion du matériel de LHO

	ÉTP
Gestion du matériel et transport des patients – 1999-2000	303,6
Moins Gains de productivité améliorés	- 45,5
Objectif d'ÉTP de LHO	258,1

On présume que l'affectation de personnel de l'Institut de cardiologie occasionnerait également une diminution de l'affectation actuelle des coûts.

Recommandations :

(83) Le vice-président des Finances devrait prendre des mesures dynamiques pour mettre en œuvre des mécanismes améliorés de gestion des approvisionnement et pour réduire la dotation connexe (45,5 ÉTP) afin d'atteindre l'objectif de rendement recommandé de la Gestion du matériel, à savoir un coût net de 2,74 % du coût net total de l'Hôpital.

(84) Le directeur des achats devrait établir des objectifs d'achat pour dégager 1,2 million de dollars supplémentaires en économies sur le prix en sus des objectifs actuellement fixés, et un objectif de 80 % des économies de l'année précédente, et ce pour les quatre années qui suivront.

(85) Le directeur de l'ATD devrait améliorer la rotation des stocks de façon à la faire passer à moins de 15 fois l'an, puis continuer d'améliorer la rotation des stocks au besoin.

6.4.4 Admission et inscription

Les fonctions d'admission, d'inscription, de rénovation et d'inscription à l'horaire à LHO constituent une combinaison de services centralisés et décentralisés, l'ampleur et la responsabilité de ces fonctions variant selon les campus.

6.4.4.1 Conception organisationnelle

Un directeur des Services d'admission, relevant du vice-président des soins infirmiers, gère le Département des

admissions. Des gestionnaires de campus, qui relèvent du directeur, sont en fonction au Campus Civic et Général pour surveiller les activités quotidiennes des services. Le personnel des Campus Général et Civic est directement sous les ordres des gestionnaires de campus. Le directeur des admissions est chargé de gérer les activités quotidiennes au Campus Riverside.

Un gestionnaire des systèmes d'admission supervise les fonctions liées au maintien du système des admissions, au rapport de recensement (recensement, etc.), et au rapport sur la gestion de l'utilisation comme les rapports statistiques, les rapports sur le contrôle des infections (assurer le suivi des accès de maladie) tant de manière courante qu'au cas par cas. Le gestionnaire relève du directeur et n'a pas de responsabilités hiérarchiques. Le titulaire du poste qui occupe ces fonctions entretient une relation de travail étroite avec le personnel de soutien aux décisions au sein du Département des finances.

On met fortement l'accent sur la responsabilisation de première ligne, en permettant au personnel de prendre des décisions opérationnelles sans avoir à consulter de superviseur.

6.4.4.2 Ampleur des services

Le Département/Service des admissions de chaque campus est chargé des services suivants :

Campus Général	Campus Civic	Campus Riverside
24 h/jour, du lundi au dimanche	24 h/jour, du lundi au dimanche	15,5 h/jour, du lundi au dimanche
• Pré-admission et inscription de l'admission des patients hospitalisés • Mise en congé et traitement du transfert des patients hospitalisés • Inscription des patients à l'urgence • Gestion du contrôle des lits • Inscriptions de nouveaux patients en consultation externe (soins de jour, cliniques, diagnostics et thérapies) • Mise à l'horaire des patients en consultation externe (pré-admission et tests de diagnostics multiples) • Réservations en chirurgie (patients hospitalisés et soins de jour) • Coordination de la pré-admission/chirurgie • Réservations de soins de jour en médecine (journée médicale, gestion de la douleur, chimiothérapie) • Perception des comptes des patients après les heures régulières • Fonctions de réception • Facturation des Services d'ambulance	• Pré-admission et inscription de l'admission des patients hospitalisés • Mise en congé et traitement du transfert des patients hospitalisés • Gestion du contrôle des lits • Inscription aux soins de jour • Réservations à l'Unité de pré-admission et aux soins de jour en médecine • Coordination de la pré-admission/chirurgie • Perception des comptes de patients à l'avance et après les heures régulières • Facturation des Services d'ambulance	• Pré-inscription de tous les patients • Inscriptions des patients en consultation externe (cliniques, diagnostics, thérapies) • Inscription sur une liste des patients en consultation externe (rendez-vous en pré-admission, ordonnance/inscription de diagnostic) • Réservations en soins de jour (chirurgie, ophtalmologie, soins de jour) • Réservations en soins de jour en médecine (journée médicale, gestion de la douleur, Unité de chimiothérapie); coordination des pré-visites/chirurgie • Soutien professionnel : inscription des patients en consultation externe (réservations pour échographie/rayon X; patients de la collectivité au laboratoire MDS; réservations en neurologie) • Perception de comptes de patients à l'avance

Voici les fonctions décentralisées et distribuées qui ne relèvent pas du Département des admissions de LHO :

Campus Général	Campus Civic	Campus Riverside
• Inscription des admissions des patientes hospitalisées en obstétrique (seulement si elles sont pré-inscrites) • Contrôle des lits – certaines Unités de soins infirmiers coordonnent les transferts • Inscriptions de nouveaux patients/de patients qui reviennent à l'Institut des yeux • Inscriptions de patients qui reviennent en soins ambulatoires • Inscriptions de patients en consultation externe qui reviennent au Service diagnostique et thérapeutique • Rendez-vous en soins ambulatoires	• Inscriptions des admissions des patientes hospitalisées en soins obstétriques • Contrôle des lits – les Unités d'admission et de soins infirmiers coordonnent toutes deux les transferts et les mises en congé • Inscriptions des patients à l'urgence • Nouvelles inscriptions et nouveaux rendez-vous en soins ambulatoires et inscriptions et rendez-vous de patients qui reviennent • Nouvelles inscriptions de patients en consultation externe au Service diagnostique et thérapeutique et inscriptions de patients qui reviennent • Réservations pour patients hospitalisés et soins de jour en chirurgie • Réservations en gestion de la douleur et en chimiothérapie	• Inscriptions au Centre des soins d'urgence • Rendez-vous en soins ambulatoires

Ces fonctions incombent au département qui offre le service.

6.4.4.3 Activités

Voici un aperçu des facteurs qui affectent les activités :

Taux d'occupation

Le fait, pour le Département des admissions, de s'assurer que les patients se trouvent dans le lit qui leur convient le mieux constitue une priorité absolue. Les taux d'occupation élevés font diminuer les recettes tirées des locaux privilégiés et augmenter le nombre de transferts. Les placements à l'extérieur des services appropriés sont fréquents en raison des taux d'occupation élevés, qui occasionnent des transferts au service approprié (si c'est possible) et dans les locaux privilégiés (si c'est possible).

En 1999-2000, l'activité de transfert[141] (à l'exclusion des nouveau-nés) a connu les augmentations suivantes par rapport aux niveaux de 1998-1999 :

- le nombre total de transferts a augmenté de 11 %
- les transferts par admission se sont accrus de 6 %
- les transferts par jours-patient ont enregistré une hausse de 9 %.

Le tableau qui suit établit une comparaison entre l'activité de transfert de LHO et l'activité de transfert déclaré du groupe pair.

Activité de transfert de LHO et des pairs

		Transferts par admission	Transferts par jours-patient
LHO	1996-1997	1,60	0,25
	1997-1998	1,81	0,26
	1998-1999	1,89	0,26
	1999-2000	2,01	0,28
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	0,98	0,13
	25e	1,17	0,20
	Médian	1,68	0,26
	75e	1,73	0,27
	Moyen	1,50	0,23

L'intensification de l'activité de transfert a non seulement pour effet d'accroître et d'ajouter des éléments complexes aux activités de la charge de travail et de traitement de l'information (en plus d'augmenter la quantité de documents/formules) du Département des admissions, mais cet effet s'étend également à d'autres secteurs, dont :

- le personnel de l'Unité des soins infirmiers qui aide à coordonner les transferts
- le personnel des soins médicaux et d'autres intervenants qui peuvent être tenus de se déplacer dans différents secteurs pour « trouver » leurs patients

[141] Ce sont les transferts entre locaux tels que rapportés dans les fichiers de la balance de vérification du MS. Un transfert est consigné lorsqu'un patient hospitalisé est physiquement déplacé du local d'un centre fonctionnel à un autre centre fonctionnel qui traite le même genre de patient.

- le personnel de l'entretien ménager qui effectue le nettoyage et la rotation finals
- les porteurs de patients qui aident au transport des patients
- les Services financiers qui doivent assurer le suivi des locaux où se trouvent les patients.

Le département a également rapporté que les séances de soins médicaux ont actuellement lieu entre 13 h et 14 h, soit bien après la politique de mise en congé de 10 h. Des séances de soins médicaux prévues plus tôt permettraient aux patients d'être mis en congé au plus tard à 10 h, ce qui procurerait davantage de souplesse pour placer les nouveaux patients admis dans le bon service/le bon genre de lit dès le départ. Ce qui rend plus complexe la souplesse requise pour avoir accès à des lits est l'incohérence au niveau de la politique des admissions des hommes et des femmes dans les campus. Un campus permet que les hommes et les femmes cohabitent alors que l'autre l'interdit.

Politiques et pratiques normalisées

Le Département des admissions tente actuellement de partager les employés entre les campus et a commencé à progresser vers la normalisation (des formules sont fusionnées, personnel/procédures bilingues dans les campus, etc.).

LHO doit adopter une approche uniformisée pour les campus. À l'heure actuelle, il existe des différences dans « qui fait quoi » et « qui est responsable de quoi » dans les campus. Voici certains exemples :

- Les commis à l'inscription de la SU du Campus Civic[142] relèvent du Département des urgences, tandis que les commis à l'inscription dans les SU relèvent du Département des admissions.
- Les secteurs du diagnostic du Campus Civic peuvent procéder à de nouvelles inscriptions de patients en consultation externe, tandis que les secteurs du diagnostic du Campus Général peuvent seulement procéder à des inscriptions de visite de patients en consultation externe qui reviennent.

[142] Des commis de la SU ont été transférés afin de relever des urgences dans le cadre du projet Focus.

- Les employés de l'obstétrique du Campus Civic sont en mesure d'effectuer toutes les tâches de traitement des admissions, tandis que les employés de l'obstétrique du Campus Général n'effectuent que les tâches de traitement des admissions des patients qui sont pré-admis.
- Les secteurs des soins ambulatoires du Campus Civic peuvent effectuer toutes les inscriptions des patients en consultation externe tandis que les nouveaux patients en consultation externe sont inscrits au Département des admissions du Campus Général (à l'exception de ceux de l'Institut de l'œil).

Les responsabilités et les activités relatives aux points de service devraient être uniformes dans les campus. Une telle uniformité permettrait de régler les problèmes d'étude, de formation et qualité, augmenterait les possibilités de formation polyvalente, donnerait davantage de souplesse dans le partage et la rotation du personnel entre campus et présenterait une vision d'un système unifié unique aux patients et aux visiteurs.

Campus Riverside – Soutien à l'Immeuble des professionnels

Les services dispensés à l'Immeuble des professionnels, adjacent, comme la prise et l'inscription au calendrier de rendez-vous doivent être mesurés et quantifiés en fonction des coûts connexes de recouvrement de ces services. Ceux-ci pourraient également prendre fin, et on procéderait à des réductions de personnel en conséquence.

Campus Riverside – Registre central

Les services dispensés par le personnel du Campus Riverside représentent un service unique de Registre central qui englobe l'inscription, les réservations, la prise de rendez-vous, ainsi que la commande de test et d'examen diagnostique pour les patients en consultation externe. Ces genres de services sont habituellement offerts directement dans les secteurs des soins ambulatoires.

Le succès du service monoposte est largement fonction du système d'information Meditech en matière de planification et de réservation, de la saisie de commande en direct, etc. Certains ont dit craindre que la perte de fonctionnalité du niveau actuel de système ait des répercussions directes sur l'efficacité des opérations du Registre central.

Soutien à l'Institut de cardiologie

Le Département des admissions fournit 2,4 ÉTP pour appuyer les mécanismes d'inscription des patients hospitalisés et en consultation externe de l'Institut de cardiologie. Ces personnes se trouvent à l'Institut de cardiologie (quart de jour, du lundi au dimanche) et les coûts sont recouvrés en conséquence.

Les services fournis à l'appui de l'Institut de cardiologie sans qu'il y ait recouvrement des coûts comprennent les suivants :

- inscription en dehors des heures
- admissions d'urgence
- transferts entre l'IC et le Campus Civic
- maintien du système de contrôle des lits
- rapport statistique (courant et au cas par cas)
- vérifications des admissions (achèvement des données, vérification de l'assurance)
- notification aux médecins de famille des admissions à l'IC.

Ce sont des services nécessaires pour tous les hôpitaux et ils devraient conséquemment être facturés à l'interne.

Systèmes d'information

À l'heure actuelle, il n'existe pas de lien permettant aux médecins, à partir de leur cabinet, de recevoir des données relatives à la pré-admission. Les médecins comptent donc essentiellement sur les formules de pré-inscriptions traditionnelles en papier.

Le personnel des admissions n'a pas accès aux renseignements sur les comptes des patients par le système. Il arrive fréquemment que les patients se présentant après les heures pour acquitter des factures (sans avoir une copie de ladite facture) se voient demander de revenir au cours des heures de bureau. La perception à l'avance des paiements exige que le personnel des admissions fasse une estimation des montants, ce qui nécessite par la suite une conciliation.

Ministère de la Défense nationale

Le ministère de la Défense nationale loue présentement cinq lits de LHO. Le Département des admissions a rapporté que l'on ne procède pas au recouvrement des coûts liés aux travaux

d'admission concernant ces lits (traitement de l'admission/de la mise en congé/du transfert et rapport connexe).

6.4.4.4 Rendement et dotation

Le fichier de la balance de vérification du SIG pour 1999-2000 rapportait 81,26 ÉTP. Ces ÉTP sont répartis de la façon suivante ;

- 71,24 ÉTP pour le personnel des admissions/des inscriptions (ce qui comprend 2,44 ÉTP pour l'Institut de cardiologie)
- 9,40 ÉTP pour le personnel affecté à l'inscription à la SU (Campus Civic)
- 0,63 ÉTP pour le personnel chargé de coordonner les mises en congé.

Les comparaisons de rendement établies avec les hôpitaux pairs qui s'appuient sur les données de la balance de vérification du SIG sont difficiles à établir en raison de plusieurs facteurs, dont :

- les incohérences dans la façon dont les hôpitaux font rapport de la charge de travail dans le centre fonctionnel des admissions
- les écarts dans les modes de prestation des services entre hôpitaux (décentralisés contre centralisés) et dans les rapports (décentralisés et centralisés)
- l'ampleur des services dispensés par les départements des admissions varie selon les hôpitaux.

Aux fins des comparaisons de rendement avec les hôpitaux pairs, nous utilisons une unité de la charge de travail pondérée en inscription de la façon suivante :

- Admissions des patients hospitalisés plus 10 % de toutes les visites aux soins ambulatoires (salle d'urgences, chirurgie de jour, soins de jour et visites en clinique).

Le rendement est mesuré et comparé sous forme d'heures totales travaillées par unité pondérée de la charge de travail.

Le rendement de LHO en 1999-2000 était de 1,30 heure travaillée par unité pondérée de la charge de travail, comparativement au 25^{e} centile, de 0,81 heure travaillée pour le groupe pair. Cette comparaison de niveau élevé révélait que le rendement de LHO était légèrement supérieur au 75^{e} centile

(1,32) du groupe pair.

Comparaisons de la productivité du Département des admissions

		H. trav. par unité de la charge de travail pondérée
LHO	1999-2000	1,30
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	0,43
	25e	0,81
	Médian	0,95
	75e	1,32
	Moyen	1,16

Les entrevues réalisées sur campus et les observations formulées ont permis de relever les caractéristiques opérationnelles suivantes :

- Les genres de services fournis par le personnel du Campus Riverside sont généralement présents et rapportés dans les secteurs/cliniques de soins ambulatoires. Le Registre central du Campus Riverside comptait 14,4 ÉTP en 1999-2000.
- Les heures travaillées connexes suivantes du projet unique ont été rapportées en 1999-2000 dans le centre fonctionnel des admissions :
  - 5 872,5 heures travaillées associées au SMC, à l'an 2000 et à la clinique d'ophtalmologie
  - 2 936,25 heures travaillées associées à la formation et à l'orientation concernant le système de base de données.

  Ces heures de soutien d'un projet unique équivalent à 5,1 ÉTP (payés) qui ne font plus partie du personnel[143].
- Les 0,63 ÉTP en coordination des mises en congé ne sont pas sous la responsabilité du Département des admissions ni ne sont inclus dans le budget de 2000-2001.
- Le rôle et l'ampleur des services fournis par le gestionnaire des systèmes d'admission (1,0 ÉTP) sont davantage adoptés

[143] Ces ressources ponctuelles ont été identifiées lors de discussions en groupe avec le directeur et les gestionnaires et ont été documentées par la transmission de courriels aux consultants par le directeur (28 novembre 2000).

aux centres fonctionnels de soutien aux décisions/gestion de l'utilisation.

Le tout représente un total de 21,13 ÉTP qui, lorsqu'ils sont exclus des comparaisons de rendement avec les pairs, engendrent un niveau de productivité qui s'approche du rendement médian en centile du groupe pair (0,95 heure travaillée par unité de la charge de travail). Compte tenu des entrevues réalisées sur campus et étant donné l'ampleur actuelle des fonctions fournies, ce niveau de productivité semble adéquat.

La dotation visée pour le centre fonctionnel des admissions de LHO est de 75,54 ÉTP et englobe les suivants :

- personnel du Registre central du Campus Riverside
- personnel de l'admission/inscription/réservation du Campus Général (y compris les commis aux SU)
- personnel des admissions/des inscriptions/des réservations au Campus Civic (y compris les commis des SU
- gestionnaire des admissions (1,0 ÉTP) (devrait être transféré au centre fonctionnel de soutien aux décisions)
- commis de l'Institut de cardiologie (2,44 ÉTP).

Dans l'ensemble, il s'agit d'une diminution nette de 5,72 ÉTP par rapport au total de 81,26 ÉTP indiqué dans le fichier de la balance de vérification du SIG pour 1999-2000 de la façon suivante :

Objectif de dotation de LHO

	ÉTP
Données de la balance de vérification du SIG pour 1999-2000	81,26
Moins : Personnel ponctuel en 1999-2000	-5,72
Total de l'objectif de dotation de LHO	75,54

Ce niveau de dotation est conforme au budget actuel de 2000-2001.

Recommandations :

(86) La vice-présidente des soins infirmiers et le directeur

des Services d'admission devraient quantifier les coûts associés aux services (comme les rapports statistiques, les vérifications des admissions, le maintien du contrôle des lits, etc.) déjà fournis à l'Institut de cardiologie et négocier le recouvrement des coûts de ces services ou cesser de les fournir.

(87) La vice-présidente des soins infirmiers et le directeur des Services d'admission devraient quantifier les services déjà dispensés à l'Immeuble des professionnels qui est adjacent au Campus Riverside et négocier le recouvrement des coûts de ces services ou cesser de les fournir.

(88) Le vice-président des finances devrait s'assurer que l'entente contractée avec le ministère de la Défense nationale permet de recouvrer à juste titre les coûts associés au Service des admissions.

(89) La vice-présidente des soins infirmiers et le directeur de l'admission devraient élaborer et mettre en œuvre des politiques, des mécanismes et des responsabilités normalisés qui s'appliquent à l'inscription des patients à LHO.

(90) Les directeurs de l'admission et des finances devraient collaborer à l'élaboration d'un modèle axé sur le service aux patients qui intègre l'inscription par contact direct et les activités de perception des comptes.

(91) Les directeurs de l'admission et des systèmes d'information devraient collaborer en vue d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de prolongement des activités d'inscription en direct jusque dans les bureaux des médecins.

(92) Le président et le P.-D.G. devraient mettre en œuvre des politiques uniformes dans l'ensemble des campus qui portent sur la cohabitation des patients hospitalisés de sexe masculin et féminin.

(93) Le vice-président des affaires médicales devrait veiller à ce que les séances de soins médicaux aux patients hospitalisés aient lieu suffisamment tôt le matin pour que les patients puissent obtenir leur congé en respectant l'heure de congé de 10 heures.

6.4.5 Dossiers de santé

Le Service des dossiers de santé de chaque campus est chargé des activités suivantes :

- codage et résumé des dossiers, ce qui comprend le codage simultané effectué sur les étages de soins infirmiers
- extraction et livraison des dossiers
- services de transcription.

Compte tenu du mouvement accru des programmes dans les campus, la non-disponibilité d'un répertoire maître des patients (RMP) unique pose problème aux Services des dossiers de santé à L'Hôpital d'Ottawa. De plus, des logiciels différents de dossiers de santé à chacun des campus limitent l'accessibilité aux renseignements sur les patients.

6.4.5.1 Conception organisationnelle

Un directeur des dossiers de santé relevant du vice-président des affaires médicales supervise le Département des dossiers de santé de L'Hôpital d'Ottawa. Les gestionnaires de campus, qui doivent rendre compte au directeur, sont en place aux Campus Civic, Général et Riverside pour surveiller les activités quotidiennes. Les employés de la direction bénéficie de l'appui d'un gestionnaire de l'utilisation et des renseignements cliniques, de superviseurs aux Campus Civic et Général et de deux coordonnateurs.

Les membres d'un comité des dossiers de santé se rencontrent une fois par mois pour discuter et élaborer des politiques d'amélioration continue des services. La communication est excellente et tous les membres de l'équipe de gestion semblent à l'aise avec leurs collègues.

6.4.5.2 Activités

Les écarts au niveau de la gestion des dossiers dans les trois campus contribuent à accroître la charge de travail. Au Campus Civic, on se sert d'une approche décentralisée selon laquelle il existe des dossiers de patients distincts pour les patients hospitalisés, les patients en soins ambulatoires et les départements « satellites » (centre de traitement du cancer du sein pour les femmes, néphrologie, diabète, psychiatrie, urgences) et qui nécessitent du personnel supplémentaire pour tenir les dossiers dans les secteurs locaux. Tous les autres

campus se servent d'un système centralisé pour tenir les dossiers des patients.

Les trois campus ont leur propre base de données (CPI/ADT) pour identifier les patients et établir l'historique des visites. Il n'existe pas de répertoire maître des patients (RMP) unique pour les patients. Résultat, il est impossible de relier les dossiers aux activités dans les divers campus et il devient difficile d'assurer le suivi des diagrammes de patient.

Voici les principales conclusions du Département des dossiers de santé de L'Hôpital d'Ottawa :

- En raison de l'incapacité de transférer des dossiers physiquement ou électroniquement, des parties des dossiers de santé sont télécopiés dans les campus. Cette situation a fait augmenter la quantité de travail du groupe des demandes de renseignements du département. Le dossier du patient devrait demeurer à l'endroit où le patient reçoit le service. La mise en œuvre d'un seul identificateur unique en septembre 2001 permettra à l'Hôpital d'unifier et d'intégrer les dossiers en un seul dossier et de le conserver au campus qui dispense le service.
- En raison d'un espace de classement limité, on entrepose de nombreux dossiers à l'extérieur du campus, ce qui ajoute à la charge de travail lorsqu'on extrait des documents antérieurs en plus d'avoir à acquitter des factures coûteuses d'entreposage à l'extérieur du campus. À l'heure actuelle, les recettes tirées de l'extraction ne sont pas recouvrées en faveur du département. L'accès à l'information par voie électronique allégera la charge de travail et favorisera une distribution plus efficace.
- Les trois campus exploitent des systèmes cliniques qui sont incapables de communiquer entre eux. Aux Campus Général et Civic, SMS est utilisé alors qu'au Campus Riverside, le système Meditech est employé. Comme les systèmes ne communiquent pas entre eux, un certain nombre de bandages ont été créés, ce qui a fait augmenter la charge de travail. Des plans en vue de passer à la plate-forme SMS sont actuellement à l'étude. L'intégration devrait prendre 18 mois ou plus.
- Les Services de communication de renseignements fournissent de l'information à l'interne et à l'externe. En mai 1999, des membres de la haute direction ont décidé de

mettre en œuvre une méthode de télécopie restreinte afin de transmettre les documents pertinents au campus concerné sur demande. Malgré la quantité importante de transferts de patients, et les télécopies plus nombreuses qui en ont découlé, aucune employé supplémentaire n'a été affecté aux dossiers de santé. L'envoi de renseignements par télécopieur peut également avoir des répercussions sur la qualité de soins offerts aux patients, car les renseignements nécessaires peuvent ne pas être accessibles ou lisibles. L'adoption d'une plate-forme standard de système clinique et la distribution électronique de renseignements rendront les envois par télécopieur moins nécessaires. Toutefois, ce n'est pas avant plusieurs années que l'on pourra se servir d'un dossier électronique et on devrait envisager la possibilité que le dossier du patient suive ce dernier.

- Il est difficile d'attirer des transcriptrices médicales et des préposés aux dossiers de santé en raison du manque de formation locale. Il faut donc passer énormément de temps à former de nouveaux membres du personnel, car ils ne possèdent pas énormément d'expérience. Parmi les possibilités à envisager, mentionnons l'impartition et la transcription à la maison (note : les services de transcription externes ne doivent pas absolument être situés à Ottawa).
- Un système conjoint de transcription par machine à dictée a été mis en œuvre dans les campus à la suite de la fusion, ce qui apaise les préoccupations relatives à l'an 2000. Toutefois, d'importants problèmes de mise en œuvre et des périodes de temps d'arrêt ont contribué à un retard considérable dans la charge de travail. Le département a rapporté qu'il faut présentement compter 21 jours pour des services de dictée au Campus Civic, contre de 24 à 48 heures au Campus Général (le département a récemment rattrapé le retard dans la charge de travail au Campus Général grâce aux heures supplémentaires). Ce retard au niveau de la transcription serait lié aux directives sur la restructuration. Les ressources et les coûts supplémentaires qui sont nécessaires pour l'éliminer pourraient faire l'objet d'un remboursement au titre de la restructuration par le MSSLD.
- À l'heure actuelle, les groupes de médecins sont régis par des politiques incohérentes portant sur l'utilisation des services de transcription. À titre d'exemple, les médecins de l'Hôpital Riverside et de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut

sont en mesure de dicter des histoires de cas et des comptes rendus de l'état physique alors que ceux-ci ne sont pas dictés dans les hôpitaux d'enseignement. Le vice-président des affaires médicales[144] est en train d'élaborer et de recommander une politique cohérente pour l'ensemble des groupes de médecins.

- Bien que les pratiques de codage simultanées actuelles qui sont instituées sur la plupart des étages puissent entraîner une consignation au dossier plus complète et une rapidité de traitement améliorée, cette pratique requiert également davantage de main-d'œuvre. La fin de cette pratique pourrait avoir été justifiée compte tenu de la situation financière actuelle de LHO. Toutefois, nous croyons que ces mécanismes contribueront à faciliter et à appuyer la réalisation de gains de productivité cliniques dont il est question ailleurs dans le présent rapport.

6.4.5.3 Rendement et dotation

Le fichier de la balance de vérification du SIG pour 1999-2000 rapportait 137,20 ÉTP. L'examen ultérieur réalisé par LHO de ces données rapportées au MSSLD au cours du présent examen opérationnel s'est traduit par un ajout de 16,02 ÉTP et de coûts de 670 759 $ provenant de la Gestion du matériel au titre des dossiers de patient et du transport de film. À des fins de comparaison, le total des ÉTP affectés aux dossiers de santé était de 153,22 ÉTP.

Les comparaisons de rendement avec les hôpitaux pairs fondées sur les données de la balance de vérification du SIG sont difficiles à établir en raison de plusieurs facteurs dont :

- les incohérences dans la façon dont les hôpitaux font rapport de la charge de travail liée aux dossiers de santé dans le centre fonctionnel, comme le ramassage et la livraison de dossiers.
- l'ampleur des services fournis par les départements des dossiers de santé varie selon les hôpitaux, notamment sur le plan de la mesure dans laquelle les dossiers sont centralisés ou décentralisés, du regroupement des dossiers de patients consultation externe et de patients hospitalisés, des pratiques

[144] Le vice-président des affaires médicales s'est vu attribuer la responsabilité du Département des dossiers de santé en août 2000.

de codage simultanées et faisant suite aux mises en congé, et des services de transcription internes et externes.

Aux fins de la comparaison du rendement avec les hôpitaux pairs, nous nous sommes servis d'une unité pondérée sur la charge de travail liée aux dossiers de santé de la façon suivante :

- Admissions des patients hospitalisés plus 75 % de tous les services de soins le même jour plus 25 % de toutes les visites de salle d'urgences.

Le rendement est mesuré et comparé sous forme de total des heures travaillées par unité de la charge de travail pondérée.

La productivité de LHO pour 1999-2000 était de 1,34 heure travaillée par unité de la charge de travail comparativement au 25^{e} centile s'établissant à 1,13 pour le groupe pair. Cette comparaison de haut niveau révélait que le rendement de LHO était légèrement supérieur au rendement médian (1,32) du groupe pair.

Comparaisons de la productivité du Département des dossiers de santé

		H. trav. par unité de la charge de travail pondérée
LHO	1999-2000	1,34
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	1,01
	25^{e}	1,13
	Médian	1,32
	75^{e}	1,71
	Moyen	1,42

Pour atteindre le 25^{e} centile de tout le groupe pair, LHO devrait réduire le nombre d'employés affectés aux dossiers de santé de 23,6 ÉTP (15 %) et diminuer les salaires et les avantages sociaux d'environ 1,0 million de dollars. L'examen du rendement de chacun des hôpitaux pairs a révélé que ce sont les hôpitaux d'enseignement qui exploitent un seul campus qui se trouvent au 25^{e} centile ou sous celui-ci. Le Centre des sciences de la santé de London, un grand hôpital d'enseignement à campus multiples, était exploité légèrement au-dessus du 25^{e} centile (dans les 2 %).

Nous croyons que le Département des dossiers de santé devrait être en mesure d'atteindre le niveau de rendement équivalent au 25^{e} centile en modifiant ces pratiques liées à la mise en œuvre du système qui ont présentement cours, à savoir :

- Un répertoire central des patients unique et un système de transfert des admissions achevés d'ici septembre 2001.
- L'élimination de la technologie PACS d'imagerie diagnostique au cours des cinq prochaines années.
- La mise en œuvre des systèmes d'information sur le laboratoire et l'imagerie diagnostique d'ici septembre 2001.
- La mise en œuvre d'un système d'information renfermant des données cliniques (OACIS), y compris un répertoire de données et l'intégration des données de divers genres provenant de sources différentes (données et photographies) éliminés de septembre 2000 à mars 2002.

Grâce à des modifications à sa pratique opérationnelle, le Département des dossiers de santé devrait devenir considérablement plus efficace lors de la mise en œuvre de ces systèmes, qui élimineront la nécessité d'envoyer des télécopies à l'interne, réduiront la charge de travail liée à l'extraction et au transport de dossier (actuellement, 16 ÉTP sont nécessaires pour le transport et le ramassage de dossiers et de film), permettront le maintien et la visualisation sur support électronique de renseignements de consignation au dossier et de films, et répertorieront les patients au moyen d'un répertoire central des patients. En ce moment, le Département des dossiers de santé est exploité au niveau médian du groupe pair, mais il devrait s'efforcer d'atteindre le 25^{e} centile.

LHO devrait également envisager de transférer au Département des dossiers de santé les ressources actuellement gérées par ATD pour la livraison et le ramassage de données de consignation et de radiographies des patients (16,02 ÉTP). L'intégration de ces ressources au personnel actuel du Département des dossiers de santé donnerait à celui-ci davantage de souplesse au niveau de l'organisation, de l'amalgame et des mécanismes opérationnels applicables au personnel.

Compte tenu du 25^{e} centile, l'objectif de dotation du Département des dossiers de santé de LHO s'établirait à 129,66 ÉTP, calculés de la façon suivante :

Objectif de dotation du Département des dossiers de santé de LHO

	ÉTP
Dossiers de santé pour 1999-2000	153,22
Moins Gains de productivité à réaliser	- 23,56
Objectif d'ÉTP de LHO	129,66

Recommandations :

(94) Le directeur des dossiers de santé devrait s'informer au sujet d'autres modes d'utilisation des services de transcription, comme les fournisseurs de services de l'extérieur et la transcription à domicile.

(95) Le directeur des dossiers de santé devrait quantifier les coûts et les ressources supplémentaires qu'il faudrait pour éliminer l'arriéré de transcription du Campus Civic ayant découlé de la mise en œuvre d'un système commun de transcription pour les trois campus.

(96) Le vice-président des finances devrait demander au MSSLD le remboursement de la restructuration lié aux coûts et aux ressources nécessaires pour éliminer l'arriéré de transcription du Campus Civic.

(97) Le président et le P.-D.G. devraient transférer les 16,0 ÉTP qui se trouvent actuellement sous la gestion de l'ATD aux dossiers de santé.

(98) Le vice-président des affaires médicales et le directeur des dossiers de santé devraient élaborer et mettre en œuvre de nouvelles politiques, procédures et exigences de dotation par suite de la mise en œuvre de nouveaux systèmes.

(99) Le directeur des dossiers de santé devrait élaborer un plan d'unification et d'intégration des dossiers de l'ensemble des campus en un seul répertoire de dossiers de LHO (tenu au campus où le service est dispensé) et devant être éliminés lorsque le répertoire maître des patients unique sera mis en œuvre.

(100) Le vice-président des affaires médicales devrait réduire la dotation (de 23,56 ÉTP) au fur et à mesure que les nouveaux systèmes et mécanismes

opérationnels seront éliminés pour atteindre un niveau de rendement de 1,13 heure travaillée totale par unité de la charge de travail.

6.4.6 Services d'entretien ménager

Le Département/Services de l'entretien ménager de chaque campus est chargé d'assurer l'entretien des chambres des patients, des bureaux, des aires publiques et des aires de soutien cliniques.

Les Services d'entretien ménager s'occupent du nettoyage courant et périodique de L'Hôpital d'Ottawa. Les grandes priorités du département comprennent : l'entretien préventif de l'équipement et le programme de réparation, la normalisation des pratiques et des besoins en dotation, la normalisation des fournitures, le plan d'immobilisations applicable aux besoins en équipement et le programme de contrôle de qualité.

6.4.6.1 Conception organisationnelle

Un directeur des Services hôteliers relevant du vice-président de la gestion des installations supervise le Département de l'entretien ménager de LHO. Des gestionnaires de campus, qui rendent compte au directeur, sont en poste aux Campus Civic, Général et Riverside pour superviser les activités quotidiennes. Des surveillants de jour, de soir et de nuit sont chargés de la surveillance directe, de l'établissement des horaires, de la paie, etc.

Les Services d'entretien ménager fournis à LHO sont dispensés dans le cadre d'une structure d'entreprise établie à partir de trois groupes différents. Au Campus Civic, les services sont offerts par le personnel de LHO par l'intermédiaire du rôle actuel de PSA et du personnel des Services d'entretien ménager. Au Campus Général, les services sont dispensés par Soluard et au Campus Riverside, les services sont fournis par Aramark. Les activités d'entretien ménager données à contrat permettent d'économiser sur les salaires.

Le directeur, les gestionnaires, les surveillants et le personnel entretiennent manifestement une bonne relation de travail, qui est renforcée par un niveau élevé de communication directe. Le département est en train d'élaborer un cadre d'évaluation pour l'ensemble du personnel.

6.4.6.2 Activités

À la suite de la fusion, des installations n'ont pas été maintenues en raison de l'élimination de programmes de nettoyage périodique et des étages. Depuis la fusion, le Département de l'entretien ménager a fait l'inventaire de toutes les pratiques et a collaboré étroitement avec les secteurs du contrôle des infections et les secteurs cliniques pour déterminer quelles sont les meilleures pratiques. À l'heure actuelle, ces pratiques exemplaires ont été mises en œuvre aux Campus Général et Riverside, mais ne l'ont pas été au Campus Civic.

Les observations suivantes ont été formulées :

- Une fréquence de nettoyage normalisée au niveau du service a été établie.
- Dans l'ensemble, les Services d'entretien ménager ont desservi 13 % plus d'espace comparativement à 1998-1999.
- Un Service d'entretien ménager des lits dont les patients ont été mis en congé a été lancé pour fonctionner de concert avec le Service d'admission afin de faciliter la rotation opportune des lits. À l'heure actuelle, un total de 8,4 ÉTP ont été ajoutés aux Campus Général et Civic. Cette initiative vise à écourter les périodes d'attente non nécessaires en vue d'obtenir des lits et à réduire l'attente des patients en salles d'urgences qui veulent obtenir des lits.
- Le Comité du mandat et de la normalisation appuie un partenariat avec un fournisseur unique qui diminuerait les coûts d'approvisionnement et les services et produits à valeur ajoutée supplémentaires (p. ex. la formation, les mécanismes de délivrance).
- Le Département de l'entretien ménager a centré ces activités sur une approche globale en élaborant des protocoles normalisés de services d'entretien ménager dans l'ensemble des campus (par exemple, nettoyage des SO, décontamination, nettoyage des bureaux). Il s'agit notamment de travailler en étroite collaboration avec le Département du contrôle des infections et avec les secteurs cliniques afin d'élaborer des politiques de nettoyage adéquates pour les secteurs (par exemple, uniformisation des rapports de cas liés à la sécurité, besoins en formation, inspections des lieux de travail pour la société).

- Les fréquences de nettoyage au niveau des services ont été revues pour tous les secteurs, ce qui a amené une réduction de services dans les bureaux, à une fois par semaine, pour maintenir les services nécessaires dans les chambres de patient, dans les aires de soutien cliniques et dans les aires publiques.
- Les aires de service comme le centre de cancérologie, l'Institut Loeb et l'Institut de cardiologie paient les Services d'entretien ménager à même des centres de coûts distincts.
- L'équipement n'est pas considéré comme un facteur permettant de réaliser des économies, car il a été acheté récemment de l'Hôpital Grace.
- Par le passé, le Campus Civic a été sous-servi (p. ex., il n'y a pas eu de programme de nettoyage par étage ou de programme de nettoyage périodique pendant plusieurs années). Parmi les projets d'amélioration des services au Campus Civic, mentionnons :
- L'élaboration d'un plan d'AQ appuyé par les examens du personnel d'entretien ménager et des superviseurs de secteur.
- Veiller à ce que les normes maintenues au Campus Général soient mises en œuvre au Campus Civic. Cette démarche est appuyée par la dissolution du rôle de PSA dans la mesure où il se rapporte à l'entretien ménager. Cette démarche devrait permettre de réduire les ÉTP actuels de 13,4 (10 ÉTP passant aux diététistes, 2 ÉTP à l'ATD et 1,4 aux installations)[145]. Le Département de l'entretien ménager a dit qu'il est nécessaire d'ajouter 12 ÉTP à l'appui des programmes de nettoyage courant, périodique, des étages et de gestion de la mise en congé.
- Pour assurer des niveaux de supervision appropriés, le Campus Civic adopte une politique selon laquelle les surveillants sont affectés à des quarts de travail fixes afin de promouvoir l'appartenance et de tisser des liens avec les secteurs desservis. Cette démarche devrait être appuyée par une évolution vers l'affectation du personnel à temps plein à des fonctions spécifiques afin d'améliorer le dévouement du personnel, de diminuer les lacunes du personnel à temps

[145] Ces ÉTP représentent la charge de travail autre que celle de l'entretien ménager associée au rôle de PSA à compétences multiples.

partiel et d'améliorer la productivité par une réduction des coûts de formation.

6.4.6.3 Rendement et dotation

Le fichier de la balance de vérification du SIG pour 1999-2000 rapportait les ressources et les statistiques suivantes pour les Services de l'entretien ménager :

- 315,64 ÉTP
- 12 089 549 $ en coûts de fonctionnement bruts
- 11 957 342 $ en coûts de fonctionnement nets (à l'exclusion des recouvrements externes, de l'amortissement/équipement)
- 264 378 mètres carrés.

L'examen ultérieur réalisé par LHO sur leurs données du MSSLD au cours du présent examen opérationnel s'est traduit par les changements suivants :

- transfert de 1,0 ÉTP et de coûts de 33 877 $ à la Gestion du matériel
- transfert de 1,0 ÉTP et coûts de 33 877 $ aux opérations
- transfert de 11,4 ÉTP et de coûts de 430 322 $ aux Services alimentaires.

Les ressources et les statistiques suivantes affectées aux services alimentaires aux patients et aux non-patients ont servi à des fins de comparaison du rendement :

- 302,34 ÉTP
- 11 583 353 $ en coûts de fonctionnement bruts
- 11 451 145 $ en coûts de fonctionnement nets (à l'exclusion des recouvrements externes et de l'amortissement/équipement)
- 264 378 mètres carrés.

Les comparaisons du rendement des Services de l'entretien ménager s'appuient sur leur coûts de fonctionnement nets par mètre carré. Le rendement de LHO pour 1999-2000 comparativement à celui des hôpitaux d'enseignement pairs est présenté dans le tableau suivant.

Comparaisons du rendement des Services d'entretien ménager

	Coût net par mètre carré

LHO	1999-2000	43,31 $
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	42,44 $
	25e	42,93 $
	Médian	44,04 $
	75e	45,05 $
	Moyen	48,59 $

Le coût net par mètre carré des Services d'entretien ménager de LHO se situe entre le 25e centile et la médiane du groupe pair. Pour atteindre le 25e centile, LHO devrait diminuer les coûts de fonctionnement des Services d'entretien ménager d'environ 100 000 $ (y compris 2,7 ÉTP).

Les coûts du Campus Civic sont les plus élevés au pied carré en raison du coût le plus élevé du personnel de l'Hôpital comparativement au coût du personnel provenant de l'extérieur. En outre, du point de vue du personnel, ils ont nettoyé davantage de superficie que leurs homologues du Campus Général, comme le présente le tableau suivant :

Campus	Coût au pied carré	Pieds carrés par employé
Général	3,88 $	8 193
Civic	4,32 $	9 912
Riverside	2,93 $	11 894
LHO	4,24 $	9 006

Les Services d'entretien ménager ont établi qu'il faudrait ajouter 12 ÉTP pour préserver le soutien à la planification de la mise en congé et l'amélioration des services au Campus Civic. Compte tenu du fait que le personnel du Campus Civic nettoie davantage de superficie que le personnel du Campus Général (voir le tableau qui précède), il semble qu'il serait possible de réévaluer l'ampleur actuelle des activités exécutées par le personnel de Civic, et peut-être de transférer des ressources à l'appui de l'intensification des activités relevées (qui sont présentement exécutées au Campus Général). Il pourrait également être possible de faire passer des ressources du Campus Riverside au Campus Civic.

On ne propose pas de modifications au total des ÉTP des Services d'entretien ménager pour 1999-2000 et des coûts de fonctionnement ainsi que de la dotation. L'objectif des Services d'entretien de LHO en termes d'ÉTP et de coûts de fonctionnement bruts est de 302,24 ÉTP et d'environ

11,6 millions de dollars, ce qui comprend les ressources nécessaires à l'appui de l'Institut de cardiologie.

Recommandation :

(101) Le directeur des Services d'entretien ménager devrait réévaluer l'ampleur actuelle des activités et les affectations de personnel dans les campus afin de déterminer les possibilités de mieux équilibrer les ressources dans les campus.

6.4.7 Entretien et activités

Le département s'occupe des activités quotidiennes de l'installation et des systèmes d'entretien dans les trois campus de L'Hôpital d'Ottawa. De plus, le département apporte du soutien à l'Institut Loeb, l'Institut de recherche, les Centres de cancérologie et l'Institut de cardiologie.

Le tableau suivant illustre la superficie totale telle qu'établie par le directeur :

Installation	Mètres carrés
LHO (3 campus)	248 195
CRCO – Campus Civic	6 234
CRCO – Campus Général	14 249
LOEB	7 790
Institut de cardiologie et de recherche	24 606
Superficie totale	301 074

6.4.7.1 Conception organisationnelle

La conception organisationnelle du département semble adéquate. Le département est divisé en fonctions d'entretien et de réaménagement. L'examen portait essentiellement sur le volet d'entretien du centre fonctionnel. Toutefois, on s'est également penché sur le réaménagement.

Le directeur s'est dit très préoccupé par une vérification de la conformité de l'Hôpital aux normes de santé et de sécurité professionnelles, telles que rapportées dans le document intitulé « Occupational Health and Safety Due Diligence Audit » préparé par la société Stantec Consulting Ltd. en juin 1999. Cette vérification a relevé plusieurs domaines dans lesquels l'Hôpital ne se conforme pas aux normes de sécurité

applicables à ses travailleurs qui sont prévues dans la loi. Il a été donné suite à quatre des 13 recommandations, et les autres sont en suspens. Bon nombre de ces recommandations semblent porter sur des mécanismes de gestion qui ne sont pas encore en place ou ne sont pas suivies. Une seule recommandation mentionnait directement que l'installation et le service d'entretien devait disposer de nouveaux employés. Ceux-ci sont venus se greffer au personnel. Compte tenu du fait que ce rapport date de presqu'un an, le Conseil d'administration et l'équipe de gestion de l'Hôpital devraient se préoccuper de l'absence de progression concernant la question des normes de sécurité et santé professionnelles.

6.4.7.2 Activités

Le Campus Civic est le plus vieux campus. C'est celui qui nécessite le plus d'entretien. En outre, il n'est pas efficace des points de vue du chauffage, de l'éclairage et de l'électricité. Le Campus Général est plus récent et plus efficace du point de vue énergétique. Toutefois, l'énergie lui est procurée par contrat avec la société TransAlta et selon le directeur, les coûts énergétiques sont d'environ 250 000 $ plus élevés que les coûts de l'énergie dispensée au Campus Civic. Il resterait plusieurs années au contrat conclu avec la société TransAlta. Cependant, il pourrait être possible de négocier un meilleur prix soit en proposant une prolongation de contrat fondée sur des prix plus avantageux, soit en tentant de trouver des façons de rompre le contrat. Les répercussions de ces changements devraient comprendre les autres organisations du Campus Alta Vista qui achète de l'énergie de TransAlta.

Bien qu'il n'y ait pas eu d'examen exhaustif de l'âge et de l'état de l'équipement mécanique et électrique dans les deux campus, la liste de l'équipement qui, aux dires du département, doit être remplacé à la Gestion des installations est considérable (12 millions de dollars). Tant le directeur que le vice-président ont mentionné qu'une partie des frais variables autres que de main-d'œuvre est imputable à l'âge de l'équipement, ce qui est particulièrement vrai dans le cas du Campus Civic. Cependant, les renseignements détaillés fournis par le directeur révèlent qu'il en découlerait des frais importants pour tous les campus. Le directeur du Département du génie biomédical a fourni des renseignement semblables.

Voici un aperçu des facteurs qui affectent les activités :

- Les doubles de systèmes d'achat et de contrôle financier. Actuellement, trois personnes se consacrent aux fonctions de contrôle financier et d'achat. Le Département des achats de l'Hôpital exécute le bon d'achat. Toutefois, les employés affectés à l'installation et à l'entretien sont chargés de préparer la commande, de l'expédier et d'établir les normes appropriées. Le vice-président et le directeur conviennent que cette fonction est probablement redondante et pourrait être éliminée si le rapport financier se faisait rapidement, et si le mécanisme d'achat était plus fiable. Le vice-président mentionne qu'à peu près le tiers de ces postes (1 ÉTP) se consacrent à servir le volet de réaménagement et qu'il serait nécessaire même si les systèmes des finances et d'achat fonctionnaient bien.
- Le directeur a établi que les questions suivantes sont des questions clés pour son département :
  - Le remplacement de l'équipement est une question cruciale, particulièrement au Campus Civic.
  - Les échelons des salaires versés par l'Hôpital font en sorte qu'il est difficile d'attirer du personnel compétent.
  - Le système de commandes utilisé au sein du département doit être réorganisé pour que les ressources en dotation puissent être utilisées de manière efficace.
  - Le recouvrement des coûts au titre des services fournis à l'Institut Loeb, à l'Institut de recherche, au Centre de cancérologie et à d'autres programmes non subventionnés de façon générale.
  - L'affectation appropriée de fonds pour des services fournis à l'Institut de cardiologie.
  - L'acquisition de compétences multiples et la délivrance de permis à des employés permettraient un entretien plus efficace de l'équipement.

6.4.7.3 Rendement et dotation

Le fichier de la balance de vérification du SIG pour 1999-2000 a rapporté les ressources et les statistiques suivantes pour les activités des installations et pour l'entretien :

- 121,83 ÉTP
- 20 070 674 $ en coûts de fonctionnement bruts

- 16 946 206 $ en coûts de fonctionnement nets (à l'exclusion des recouvrements externes, de l'amortissement/équipement)
- 264 278 mètres carrés[146].

L'examen ultérieur effectué par LHO de leurs données du MSSLD au cours du présent examen opérationnel s'est traduit par les ajouts suivants aux ressources mentionnées :

- ajout de 1,51 ÉTP et de coûts de 63 036 $ de la Gestion du matériel pour des déplacements à l'interne du personnel
- ajout de 1,0 ÉTP et de coûts de 33 877 $) de l'Entretien ménager
- 248 195 mètres carrés (en excluant l'IC et le CRIC, le CRCO, l'Institut Loeb).

Les ressources et les statistiques suivantes portant sur les activités de l'installation et l'entretien ont servi à des comparaisons de rendement :

- 124,34 ÉTP
- 20 171 647 $ en coûts de fonctionnement bruts
- 18 015 897 $ en coûts de fonctionnement nets (en excluant les recouvrements externes et les frais liés à l'amortissement/équipement)
- 248 164 mètres carrés.

En 1999-2000, le Département des activités de l'installation et de l'entretien a eu un rendement de 72,59 $ au titre de son coût de fonctionnement net au mètre carré, comparativement au 25^{e} centile, soit 55,21 $ pour le groupe pair. Cette comparaison de niveau élevé révélait que LHO a le coût le plus élevé par mètre carré du groupe pair.

Comparaisons du rendement du Département des activités de l'installation et de l'entretien[147]

		Coûts nets par mètre carré
LHO	1999-2000	72,59

[146] Tel que rapporté par LHO à ACAHO HayGroup Benchmarking Comparison of Canadian Hospitals.

[147] Données des hôpitaux pairs fondées sur les données de 1998-1999 en raison du caractère incomplet des données statistiques rapportées par les hôpitaux pairs en 1999-2000.

Échelon des pairs 1989-1999	Minimum	41,21
	25e	55,51
	Médian	59,31
	75e	61,51
	Moyen	60,14

Pour atteindre le 25e centile, LHO devrait diminuer les coûts de fonctionnement du Département des activités de l'installation et de l'entretien d'environ 4,2 millions de dollars (y compris 26,92 ÉTP), ce qui représente une diminution d'environ 22 % d'ÉTP et des coûts de fonctionnement nets.

Compte tenu des discussions avec le directeur et de l'étude des données présentées, il semblerait que le 25e centile constitue un objectif peu probable pour ce secteur. Le directeur a mentionné que les coûts élevés résultent également de l'âge des immeubles et de l'équipement au Campus Civic et du volume des services fournis aux autres installations. De plus, il faut assurer le respect des recommandations relatives à la sécurité.

On a également signalé que la température dans la région d'Ottawa, comparativement aux hôpitaux pairs, a un impact sur les coûts variables autres que de main-d'œuvre et qu'il faut en tenir compte pour établir des comparaisons. Le directeur a estimé que les conditions atmosphériques à Ottawa pouvaient représenter environ 427 000 $ selon les jours-degré de chauffage actuels de LHO et les coûts d'enlèvement de la neige à des fins de comparaison.

Toutefois, on pourrait apporter des améliorations à l'efficacité des activités. Le directeur a relevé un certain nombre de secteurs dans lesquels il serait possible de réaliser des économies, dont :

- Une analyse de rentabilité de la coproduction a été préparée, mais rejetée par les cadres supérieurs, apparemment en raison d'un délai de récupération plus long que ce qui est acceptable. Le vice-président chargé du secteur a mentionné que la question sera examinée et présentée de nouveau à la haute direction dans le cadre du budget de cette année. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les coûts énergétiques au Campus Général sont plus élevés que ce à quoi on pourrait s'attendre. On pourrait réaliser des économies sur les frais autres que de main-d'œuvre de

l'ordre de 800 000 $ par année.

- La renégociation du contrat d'énergie conclu avec Trans Alta pourrait entraîner des économies d'environ 250 000 $ par année. Toutefois, ce pourrait être sur une très longue période.
- Compte tenu des manques d'efficacité énergétiques au Campus Civic, on a mentionné la possibilité d'un projet de réaménagement de l'éclairage, qui pourrait engendrer des économies annuelles d'environ 372 000 $.

Les éléments qui précèdent représentent des initiatives à plus long terme qui doivent être analysées plus en profondeur. Voici d'autres possibilités qui pourraient être envisagées à court terme :

- Élimination des systèmes dédoublés d'achat et de contrôle financier (possibilité d'économies annuelles de 100 000 $).
- Remaniement du système de commandes (possibilité d'économies annuelles de 150 000 $).
- Polyvalence/attribution de permis aux équipes d'entretien qui permettrait à de plus petites équipes d'effectuer l'entretien courant et de dégager une production supérieure (possibilité d'économies annuelles de 250 000 $).

Toutefois, le directeur a mentionné que les gains en ressources devraient servir à s'assurer du respect des recommandations sur la sécurité.

Des services sont également offerts à l'Institut de cardiologie et à l'Institut Loeb, mais il semble que le directeur ne soit pas au courant du recouvrement des coûts des services dispensés à l'Institut Loeb et aux centres de cancérologie. Les recouvrements actuels effectués auprès des départements (1,56 million de dollars) qui sont rapportés dans le fichier de la balance de vérification du MSSLD ont trait au stationnement et aux résidences d'étudiant (comme l'indique le directeur), et ces ressources seront retirées par le Département des finances sous peu. Les niveaux de dotation fournis aux autres organisations sont les suivants :

Organisation	ÉTP
CRCO-CC	2,2
CRCO-CG	5,0
LOEB	4,1
IC et CRIC	11,4

En excluant l'IC et le CRIC, le soutien global supplémentaire offert au CRCO et à l'Institut Loeb s'élève à environ 584 000 $ (d'après le coût moyen par ÉTP du département). Les coûts en personnel de l'IC et du CRIC sont approximativement les mêmes, soit 589 000 $. Au total, environ 1,17 million de dollars ou 19 % des coûts en salaires attribuables aux activités autres que celles de LHO seraient recouvrés au titre des frais rapportés par le département (selon le directeur).

À la suite de nos examens sur le site et de l'étude de nos premières constatations et du projet de rapport avec le Comité directeur, LHO a établi que ces organisations recouvrent en compensation une somme de 4,28 millions de dollars (qui n'est pas rapportée dans le fichier du SIG sous ce centre fonctionnel). Il s'agit d'une augmentation de 2,7 millions de dollars sur les recouvrements tels que présentement rapportés.

La mise en œuvre des initiatives à court terme qui ont été relevées se traduirait par un coût de fonctionnement net par mètre carré de 59,63 $ calculés de la façon suivante :

Coûts de fonctionnement visés – Fonctionnement et entretien des installations

Coûts de fonctionnement nets (à l'exclusion de l'amortissement/équipement) pour 1999-2000	18 015 897 $
Moins recouvrements non comptabilisés dans les rapports (selon LHO)	-2 715 642 $
Moins les initiatives à court terme :	
Élimination des dédoublements achats/finances	-100 000 $
Remaniement des commandes	-150 000 $
Permis	-250 000 $
Coût de fonctionnement net visé	14 800 255 $
Mètres carrés de LHO[148]	248 195 $
Coût de fonctionnement net visé/mètre carré	59,63 $

Ce niveau est légèrement supérieur au rendement médian du groupe pair[149].

[148] Mesure en mètres carrés révisée fournie par LHO à la suite de la présentation des rapports de conclusion.

Les initiatives à plus long terme indiquées dans le tableau qui précède doivent faire l'objet d'une autre analyse exhaustive afin que soit vérifiée la faisabilité de chaque initiative et en rapport avec les besoins globaux en réaménagement des immobilisations de LHO. Si toutes les initiatives à plus long terme se révèlent réalisables, le centre fonctionnel d'exploitation et d'entretien de l'installation de LHO enregistrerait des coûts de fonctionnement nets de 57,91 par mètre carré, ce qui se trouve entre le 25^{e} centile et la médiane des niveaux de rendement du groupe pair.

Nous proposons que LHO donne suite aux initiatives à plus court terme liées à l'élimination des dédoublements, au réaménagement des commandes et à l'attribution conjointe des licences aux gens de métier. Ces initiatives permettraient une réduction de 500 000 $ des coûts de fonctionnement (9,72 ÉTP) et se traduiraient par un coût de fonctionnement net par mètre carré de 59,63 $.

Recommandations :

(102) Les vice-présidents de la gestion des installations et des finances, de concert avec d'autres organisations du Campus Alta Vista, devraient entreprendre des négociations avec la société Trans Alta pour faire modifier le contrat de services énergétiques.

(103) Le vice-président de la gestion des installations devrait revoir et présenter de nouveau l'analyse de rentabilité sur la cogénération au Campus Civic afin de confirmer les avantages au niveau des coûts et les périodes de récupération.

(104) Le vice-président de la gestion des installations devrait revoir et présenter de nouveau l'analyse de rentabilité sur le réaménagement de l'éclairage au Campus Civic pour confirmer les avantages au niveau des coûts et les périodes de récupération.

---

[149] Bien que nous ayons inclus les recouvrements révisés tels que fournis par LHO (à la suite de l'étude de l'ébauche du rapport par le Comité directeur du projet), le centre fonctionnel correspondant d'où ces recouvrements sont effectivement rapportés n'a pas été indiqué. Toute analyse complémentaire de l'impact possible sur ce centre fonctionnel n'a pu être effectuée par manque de temps et d'argent.

(105) Le directeur du génie et de l'exploitation devrait donner suite aux initiatives à court terme relevées dans le présent rapport et réduire les coûts de fonctionnement nets de LHO à 59,63 par mètre carré.

(106) Le vice-président des installations devrait veiller à ce que LHO soit exploité conformément à la réglementation appropriée sur la santé et la sécurité professionnelles.

(107) Le vice-président des finances devrait veiller à ce que les recouvrements externes fassent l'objet d'un rapport approprié dans les centres fonctionnels qui offrent les services, conformément aux lignes directrices sur le rapport du MSSLD.

6.4.8 Ressources humaines

La fonction des ressources humaines de KGH est structurée en quatre grands secteurs :

- relations de travail
- santé et sécurité professionnelles
- recrutement, sélection, formation, orientation et langues officielles
- paie et avantages sociaux.

À LHO, la restructuration continue à constituer un défi considérable pour le Département des ressources humaines. Les membres du personnel qui ont été interviewés ont indiqué ouvertement qu'à leur avis, la charge de travail du Département atteint presque son maximum, si elle ne l'atteint pas, compte tenu des ressources dont elle dispose présentement.

6.4.8.1 Conception organisationnelle

Le vice-président des ressources humaines est chargé des fonctions de ressources humaines de LHO est bénéficie de l'appui de quatre directeurs, chacun étant responsable d'un secteur clé.

On a relevé aucun problème quant à la structure organisationnelle actuelle, aux rapports hiérarchiques ou à l'ampleur de l'autorité des chefs de département. Les membres

du personnel se sont dits préoccupés du fait que le département ne soit pas toujours en mesure de s'acquitter de son rôle à l'hôpital.

6.4.8.2 Activités

Les entrevues réalisées révèlent que le département fonctionne essentiellement en mode opérationnel ou « de lutte contre les incendies » en raison de la charge de travail occasionnée par la fusion. Le regroupement des 16 syndicats en trois groupes de négociations, et l'ajout de 3 000 employés à un système de paie archaïque ont fait en sorte que le département était incapable de se concentrer sur de grandes questions comme veiller à ce que le système d'évaluation du rendement fonctionne bien et soit à jour, s'assurer que les programmes de sensibilisation à la présence des employés soient en place et opérationnels, et ainsi de suite. De plus, le département a connu une rationalisation au cours de la fusion, alors même que traditionnellement, de nombreux départements des RH ont temporairement augmenté leur personnel pour faire face à ces changements.

Installations et équipement

Il semble que les installations et l'équipement dont on se sert au département soient vieux mais utilisables. L'espace est limité et les restrictions au niveau de l'espace et de l'aménagement physique pourraient nuire à la communication entre départements. Toutefois, rien ne prouve que cette situation aurait le même effet sur la productivité. On a enregistré une augmentation considérable au titre des frais d'amortissement/équipement mineur au cours des exercices 1998-1999 et 1999-2000. Le vice-président des ressources humaines a indiqué que dans les faits, il s'agissait de frais centraux imputables aux logiciels et au matériel connexe et que le Département des finances est en train de renverser la situation.

Système de paie

Le système de paie, qui fonctionne également comme système d'information sur les ressources humaines (SIRH), a été acheté en 1984. Un module fait sur commande portant sur le budget des salaires a été ajouté en 1986. Le système a été maintenu « à l'interne » depuis 1988. Lors de sa mise en œuvre, il ne devait pas servir comme SIRH. Le personnel des ressources humaines et d'autres départements ont fait part de

problèmes concernant des paies manquantes, des paies incorrectes, des retards dans les lettres d'emploi, et ainsi de suite. On ne sait pas clairement si ces problèmes sont liés à l'infrastructure d'information ou à d'autres facteurs comme le nombre considérable de changements à l'emploi et de nouvelles embauches liées à la fusion. Cependant, l'infrastructure actuelle semble inadéquate pour appuyer le volume de travail.

Bien qu'on n'ait pas accès à des analyses comparatives sur le personnel de la paie qui touchent l'ensemble du personnel d'hôpital, il semble que le personnel chargé de l'administration de la paie et des avantages sociaux à LHO soit de bonne quantité et qu'une analyse de rentabilité sur le remplacement des systèmes de rémunération et SIRH puisse mener à des réductions de personnel dans ce domaine, ce qui serait également profitable à d'autres secteurs de LHO, car des entrevues réalisées dans d'autres départements ont révélé que l'équipe de gestion consacre beaucoup de temps aux vérifications et à régler des problèmes liés à l'administration de la paie et des avantages sociaux.

Impacts des autres organisations

Le département offre des services à l'Institut de cardiologie, à son centre de recherche, à l'Institut Loeb, et aux deux centres de cancérologie. La liste de paie comprend quelque 706 personnes de l'Institut de cardiologie et 372 autres des centres de recherche. Les impacts prévus sur les besoins en ressources du département sont décrits dans le tableau qui suit :

Services des ressources humaines fournis aux autres organisations, par ÉTP

	Institut de cardiologie	*Institut de recherche*
Dotation	1,7	0,3
Paie	1,5	1
Inf./documentation	0,7	0,2
Relations de travail	0,8	0,25
Service de santé professionnelle	1,2	0,25
Divers/bureau etc.	0,5	
TOTAL	6,4	2

Au vu du coût moyen par ÉTP au département, ces chiffres

représentent un coût d'environ 500 000 $ pour le département. L'Institut de cardiologie procure toutefois des revenus de compensation.

6.4.8.3 Rendement et dotation

Les comparaisons du rendement des ressources humaines s'appuient sur les coûts de fonctionnement nets des ressources humaines en pourcentage des coûts totaux de fonctionnement nets de l'Hôpital[150].

Le fichier de la balance de vérification du SIG pour 1999-2000 faisait état des ressources suivantes pour le Département des ressources humaines :

- 87,12 ÉTP
- 5 995 440 $ en coûts de fonctionnement bruts
- 5 737 165 $ en coûts de fonctionnement nets (coûts bruts à l'exclusion des recouvrements externes, des coûts d'amortissement et des coûts connexes en équipement).

L'examen ultérieur effectué par LHO de leurs données du MSSLD au cours du présent examen opérationnel a entraîné les révisions suivantes aux ressources déclarées :

- Transfert de 7,06 ÉTP et de coûts de 381 134 $ aux Services financiers au titre des commis à la paie.
- Transfert de 5,00 ÉTP et de coûts de 344 538 $ à la formation interne pour les éducateurs.

En outre, LHO a rapporté qu'au cours de l'exercice 1999-2000, la modification des pratiques de rapport a occasionné le transfert aux Ressources humaines à des fins de rapport de toutes les heures de travail modifiées qui étaient traditionnellement rapportées au centre fonctionnel où le travail s'était produit. En 1999-2000, ces activités couvraient un total de 21,36 ÉTP et de 1 060 706 $ en salaires et avantages sociaux (d'août 2000 à mars 2001). Les lignes directrices sur les rapports du MSSLD destinées aux hôpitaux exigent que ces heures soient rapportées dans le centre fonctionnel où le travail a lieu. Toutefois, LHO n'est pas en mesure de déterminer à quel centre fonctionnel ces ressources

[150] Coûts nets = coûts bruts moins recouvrements externes, en excluant les coûts d'amortissement/équipement.

devraient être affectées. Par conséquent, aux fins de comparaison avec les hôpitaux pairs, les ressources reprises comprennent ces ÉTP et ces coûts.

Les ressources suivantes destinées aux ressources humaines ont servi à comparer les rendements :

- 75,06 ÉTP
- 5 236 685 $ en coûts de fonctionnement bruts
- 5 011 410 $ en coûts de fonctionnement nets (en excluant les recouvrements externes et les coûts en amortissement et en équipement connexe).

Le rendement de LHO pour 1999-2000, tel que comparé à la gamme des hôpitaux d'enseignement pairs, est présenté dans le tableau suivant.

Comparaison du rendement des Ressources humaines

		Coûts nets en % des coûts nets de l'Hôpital
LHO	1999-2000	1,08 %
Échelon des pairs 1999-2000	Minimum	0,63 %
	25e	0,77 %
	Médian	0,86 %
	75e	1,07 %
	Moyen	0,93 %

Pour atteindre le 25e centile, LHO devrait diminuer les ÉTP de 21,9 ÉTP (et les coûts autres que de main-d'œuvre d'environ 285 000 $), ce qui produirait un effectif de 53,17 ÉTP. Cette baisse reflète les ÉTP modifiés du travail qui s'établissent à 21,36 ÉTP. L'exclusion des ÉTP du travail modifiés des Ressources humaines à des fins de comparaison situe le département légèrement plus bas que le rendement médian.

L'objectif de dotation du Département des ressources humaines de LHO est de 53,70 ÉTP (en incluant les ressources et les affectations de personnel de l'Institut de cardiologie), répartis de la façon suivante :

Objectif de dotation des Ressources humaines

	ÉTP
Dotation en 1999-2000	75,06
Moins Travail modifié (NMETI)	- 21,36
Objectif en ÉTP	47,30

On ne recommande pas de modifications au niveau de dotation actuel des Ressources humaines.

Le Département des ressources humaines de L'Hôpital d'Ottawa subit manifestement des pressions importantes pour bien s'acquitter de son rôle au sein de l'Hôpital. Compte tenu de l'importance des pressions auxquelles l'Hôpital est confronté en termes de mauvaises infrastructures, de règlement de problèmes liés à la fusion de plusieurs syndicats, et de la collaboration avec le personnel de plusieurs campus, on ne peut raisonnablement s'attendre à ce qu'il réalise rapidement des économies. Il serait sage de s'attendre à ce que le Département élabore un plan en vue d'améliorer considérablement le niveau et la précision des services fournis à l'Hôpital. Si une infrastructure et des systèmes de renseignements appropriés sont en place au sein du département, et en particulier si la gestion des formules est revue et révisée, il est possible d'apporter des améliorations sans augmenter les frais de fonctionnement. Une fois ces modifications instaurées, le Département peut rationaliser ses effectifs.

Nous avons relevé des possibilités de réaliser des économies pour LHO (et non les Ressources humaines) liées aux heures et aux coûts rapportés au niveau des modifications aux travailleurs (tel que rapporté d'août 2000 à mars 2001). Les examens de rendement des centres fonctionnels de LHO excluent ces heures lorsqu'il y a comparaison avec les hôpitaux pairs[151]. Comme ces heures n'étaient pas comprises dans les heures nécessaires pour traiter la charge de travail du département, on pourrait réaliser les économies de productivité équivalentes dans les divers départements où le travail a eu lieu. Nous avons établi un objectif de 35 % de ces heures et de ces coûts (à réaliser dans l'ensemble de l'organisation) afin de

[151] Les lignes directrices applicables aux hôpitaux du MS exigent que ces heures soient rapportées dans le centre fonctionnel où le travail a lieu. Toutefois, LHO n'a pu déterminer à quels centres fonctionnels ces ressources devraient être affectées.

refléter la diminution de productivité des modifications aux travailleurs comparativement aux travailleurs réguliers. Nous ne proposons pas ainsi d'éliminer le programme des travailleurs modifiés à LHO. Nous tenons plutôt compte de la contribution au traitement de la charge de travail fournie par ces travailleurs.

Recommandations :

(108) Le vice-président des ressources humaines devrait veiller à ce que les heures de travail modifiées soient saisies et rapportées conformément aux exigences de rapport du MSSLD.

(109) Le président devrait s'assurer que LHO réalise des économies au titre de la productivité fondée sur les travailleurs modifiés en offrant 35 % de la capacité de travail du personnel régulier. Cela équivaudrait à une diminution de personnel de 7,48 ÉTP.

(110) Le vice-président des ressource humaines devrait préparer une analyse de rentabilité portant sur le remplacement du système de paie.

(111) Le vice-président des ressources humaines, de concert avec des intervenants de l'ensemble de l'organisation, devrait élaborer un projet de réorganisation du travail afin de s'assurer que les fonctions de ressources humaines soient menées à bien rapidement et efficacement.

(112) Le vice-président des ressources humaines, de concert avec le vice-président chargé des services d'enseignement, devrait revoir l'ensemble des services d'enseignement fournis à l'hôpital.

6.4.9 Département des finances

Le Département des finances a effectué des changements importants depuis la fusion :

- Un nouveau DF et d'autres changements au personnel de direction.

- L'unification du personnel des trois organisations précédentes
- L'élaboration d'une nouvelle structure organisationnelle avec le Département des finances qui est structurée en quatre sections. Chaque gestionnaire de section relève directement du DF. Les quatre sections sont :
  - comptabilité générale (y compris le grand livre et les comptes fournisseurs)
  - les comptes clients
  - la budgétisation et les rapports
  - le soutien aux décisions
  - la mise en œuvre du nouveau plan comptable en remplacement des trois plans précédents.
- La mise en œuvre des nouveaux systèmes financiers qui traitent de l'an 2000 et de l'unification en un seul système à la suite de la fusion de l'hôpital.
- La planification et la mise en œuvre de l'unification des finances au Campus Riverside.
- L'élaboration de procédés en vue de séparer la comptabilité de l'Institut de cardiologie d'Ottawa de celle de LHO.

La structure organisationnelle, les rapports hiérarchiques et l'ampleur des pouvoirs des gestionnaires actuels semblent raisonnables.

6.4.9.1 Activités

Le Département des finances a conclu des ententes temporaires avec les installations, d'abord pour unifier des groupes fonctionnels de certains campus (la comptabilité au Campus Général, la budgétisation et les rapports au Campus Civic, etc.), et maintenant pour procéder à une unification complète au Campus Riverside. La relocalisation au Campus Riverside était en cours pendant cet examen.

La mise en œuvre de nouveaux systèmes financiers a nécessité de la formation et des mises à l'essai de même qu'un fonctionnement transitoire de systèmes parallèles. Le service des comptes clients est toujours affecté par la nécessité d'établir des liens avec plusieurs systèmes d'information sur les patients différents.

Le Département des finances a abaissé ses coûts autres que de

main-d'œuvre de 37,5 % (soit 390 120 $) à 650 416 $ en 1999-2000. Il faudrait effectuer une autre réduction de 66 753 $ pour atteindre le 25^{e} centile.

Impacts des autres organisations

LHO offre pratiquement tous les services de comptabilité à l'Institut de cardiologie d'Ottawa. Bien qu'il y ait des facturations internes pour certaines des fonctions, il est difficile d'établir avec beaucoup de précision le coût de prestation de ces services. L'établissement des coûts ayant été établi ou toute amélioration à l'établissement des coûts prendra seulement la forme d'une affectation de coûts fondée sur les tendances actuelles qui représentent un avantage pour l'Institut de cardiologie au niveau des coûts, car il serait peu probable de pouvoir dédoubler la fonctionnalité au moyen de systèmes et d'une dotation distincts.

Comme LHO s'occupe de toutes les transactions bancaires pour lui-même et pour l'ICO, LHO doit fournir les fonds de roulement requis à l'appui des comptes clients et des déficits de fonctionnement. Cette responsabilité draine des ressources déjà taxées.

Répercussions sur la restructuration du système

La restructuration ne devrait pas occasionner d'autres besoins en dotation à long terme.

6.4.9.2 Rendement et dotation

Il existe des écarts considérables dans les services et les activités qui font l'objet des données financières (balance de vérification du SIG) rapportées sous les finances. Deux des hôpitaux pairs de LHO ont gentiment fourni des données supplémentaires à l'appui de l'analyse de la dotation. Ce sont deux des hôpitaux figurant comme pairs au niveau de l'objectif du 25^{e} centile ou sous celui-ci. Le tableau qui suit illustre la dotation par section de L'Hôpital d'Ottawa, du London Health Sciences Centre et du Hamilton Health Sciences Centre. Signalons que le service de paie de deux des hôpitaux fait partie des Ressources humaines. Un hôpital inscrit les comptes fournisseurs sous la gestion du matériel. Les écarts dans la dotation rapportés par la fonction habituelle des finances laissent croire qu'il pourrait encore exister certaines incohérences au niveau des rapports, tout au moins en ce qui a trait aux activités de comptabilité générale.

Dotation en ÉTP par Section des finances

Données réelles de 1999-2000			
Section	Hamilton	London	Ottawa
Gestion générale/soutien	3,30	5,50	11,00
	9,10	16,70	7,00
Budgétisation/rapport	5,50	1,00	7,00
Comptes clients	25,20	15,00	27,00
Comptes fournisseurs	18,40	S.O.	11,00
Paie	11,00	S.O.	S.O.
Soutien aux décisions	17,00	3,50	7,00
S.I. ou projets spéciaux		2,00	3,70
Total	89,50	43,70	73,70

Comptes clients

Un indicateur de recettes ne provenant pas du MSSLD par ÉTP-comptes clients a été utilisé comme indicateur de la productivité. Le tableau qui suit illustre les résultats de la comparaison. LHO et London ont enregistré un rendement semblable, qui est bien supérieur à celui de Hamilton. LHO pourrait faire mieux lorsque ses systèmes de comptes clients auront été pleinement optimalisés.

Productivité des comptes clients

Données réelles de 1999-2000	Hamilton	London	Ottawa
Recettes autres que celles du MS	72 790 073	74 827 995	132 383 118
Comptes clients	25,20	15,00	27,00
Recettes autres que celles du MS par ÉTP/C.C.	2 888 495	4 988 533	4 903 078

Comptes fournisseurs

Un indicateur des frais totaux de l'Hôpital autres que de main-d'œuvre par ÉTP-comptes fournisseurs a servi comme indicateur de la productivité. Le tableau qui suit reflète les résultats de la comparaison. LHO a enregistré un rendement bien meilleur que celui de Hamilton. Signalons que l'approche différente adoptée par London, qui combine les comptes fournisseurs à la gestion du matériel, a exclu London de la comparaison. Il n'en demeure pas moins que cette approche est réputée comme offrant des gains de productivité importants (dans la mesure où les systèmes d'information et les mécanismes ont été modifiés pour être adaptés à cette

approche).

Productivité des comptes fournisseurs

Données réelles de 1999-2000	Hamilton	London	Ottawa
Total des frais autres que de main-d'œuvre	119 434 556		142 056 741
Comptes fournisseurs	18,40	S.O.	11,00
Frais autres que de main-d'œuvre par ÉTP/C.F.	6 491 008		12 914 249

Soutien aux décisions

Un indicateur des frais totaux de l'Hôpital par ÉTP/soutien aux décisions a servi d'indicateur de productivité. Le tableau qui suit illustre les résultats de la comparaison. Le rendement enregistré par LHO se trouvait entre celui des deux autres hôpitaux.

Productivité du soutien aux décisions

Données réelles de 1999-2000	Hamilton	London	Ottawa
Total des frais de l'Hôpital	467 273 544	401 752 924	531 604 062
Soutien aux décisions	17,00	3,50	7,00
Total de l'argent de l'Hôpital par ÉTP/S.D.	27 486 679	114 786 550	75 943 437

Gestion et autre comptabilité

Un indicateur des frais totaux de l'Hôpital par ÉTP/gestion et autre comptabilité a servi d'indicateur de productivité. Le tableau qui suit illustre les résultats de la comparaison. LHO a enregistré un rendement qui se situait entre les deux autres hôpitaux.

Productivité de la gestion et autre comptabilité

Données réelles de 1999-2000	Hamilton	London	Ottawa
Total des frais de l'Hôpital	467 273 544	401 752 924	531 604 062

Tous les autres ÉTP de la comptabilité	17,90	25,20	28,70
Total des frais par gestion et toute autre comptabilité-ÉTP	26 104 667	15 942 576	18 522 790

6.4.10 Télécommunications

Le Département des télécommunications est chargé des fonctions d'information et de réception ainsi que du tableau et d'autres aspects techniques des télécommunications (avec les services techniques du S.I.). Le directeur relève du vice-président aux systèmes d'information.

6.4.10.1 Activités

Trois standards sont utilisés dans les trois campus et il existe trois pupitres de renseignements/de réception. (Des bénévoles sont en fonction à deux de ces trois endroits). Chaque campus est doté d'un numéro de téléphone distinct.

Le personnel des trois anciens départements s'est fusionné et a bénéficié d'une formation polyvalente. Le maintien en poste des employés pose certains problèmes, car d'autres organisations sont à la recherche de préposés au centre d'appel et de standardistes. Le directeur a réglé d'autres problèmes associés à la fusion, comme les changements de culture et le travail d'équipe.

6.4.10.2 Examen du rendement et de la dotation

Les comparaisons du rendement du Département des télécommunications s'appuient sur les coûts de fonctionnement nets du Département en pourcentage des coûts de fonctionnement nets de l'Hôpital. Le rendement de LHO pour 1999-2000 comparé à celui des hôpitaux d'enseignement pairs est présenté dans le tableau suivant.

Comparaisons du rendement – Télécommunications

		Coûts nets en % des coûts nets de l'Hôpital
LHO	1999-2000	0,60 %
Échelon des pairs	Minimum	0,35 %
1999-2000	25e	0,41 %

Médian	0,50 %
75e	0,64 %
Moyen	0,53 %

Le pourcentage du coût net du Département des télécommunications de LHO avoisine le niveau de rendement au 75e centile du groupe pair.

Le directeur a diminué d'environ cinq ÉTP par rapport à 1999-2000; quatre de ces ÉTP ont été imputés à d'autres départements en 1999-2000, bien que 3,48 d'entre eux semblent être inclus dans les données de la balance de vérification du SIG pour les Télécommunications.

Le directeur a préparé et présenté à la haute direction une analyse de rentabilité sur l'unification de la téléphonie, qui comprend des éléments dont disposent les autres hôpitaux à campus multiples, comme le numéro unique, le numéro à cinq chiffres, la répartition automatique des appels, l'utilisation du réseau de fibres existant, l'acheminement des appels, ainsi qu'un centre d'appel fusionné dans un campus (les fonctions auxiliaires demeureraient dans deux campus, comme l'information et la réception, la surveillance d'alarme, d'autres éléments). Cette proposition requiert un coût ponctuel de 816 000 $, compensé par un revenu unique de 171 000 $, ce qui donne un coût net de 650 000 $. Les épargnes annuelles sont évaluées à 328 450 $, ce qui comprend une réduction d'ÉTP; de six à huit mois après la mise en œuvre, d'autres réductions devraient être effectuées lorsque les avantages de la nouvelle opération seront réalisés : ils sont évalués à deux ÉTP par quart de jour/de soir, à un ou deux les quarts de nuit (ce qui donne sept ÉTP, en présumant une réduction d'un ÉTP la nuit).

Les réductions proposées à la dotation par rapport aux niveaux de 1999-2000 sont :

- 4,48 ÉTP réalisés cette année
- un ÉTP avec la mise en œuvre de l'initiative de téléphonie unifiée
- 7,75 ÉTP (sept ÉTP au titre des heures de travail plus les heures pour les avantages sociaux) débutant lors du troisième trimestre de 2001-2002, de six à huit mois après la mise en œuvre de la téléphonie unifiée.

De plus, des économies de l'ordre de 293 000 $ seraient

réalisées sur les frais autres que de main-d'œuvre à compter de 2001-2002, au titre du projet de téléphonie unifiée. Il y aurait également un coût net unique de 649 600 $ (ou un amortissement annuel de 216 600 $ pendant trois ans).

Ces modifications entraîneraient des ÉTP nets de 36,25 et un coût de fonctionnement net de 3 360 000 $ (comparativement à 3 899 469 $ en 1999-2000). En excluant l'Institut de cardiologie, il en résulterait 30,24 ÉTP, ce qui est près du plus bas niveau de dotation des hôpitaux d'enseignement à campus multiples de l'Ontario. Le coût net en pourcentage de l'Hôpital (en excluant l'amortissement) serait réduit de 0,60 % à environ 0,42 %, ce qui équivaut au 25^{e} centile des hôpitaux pairs.

Enfin, le Département pourrait chercher à enregistrer des recettes à long terme (une fois le projet de téléphonie unifiée stabilisé) notamment en faisant office de centre d'appels pour les organisations connexes et les médecins.

Recommandation :

(113) Le vice-président des systèmes d'information devrait mettre en œuvre le projet de téléphonie unifiée et diminuer le nombre d'ÉTP et les frais autres que de main-d'œuvre afin d'atteindre, pour le Département des télécommunications, un objectif de rendement équivalent à un coût de fonctionnement net de 0,42 % du total des coûts de fonctionnement nets de l'Hôpital.

6.5 Économies possibles au niveau des activités des départements

Le tableau 6.5.1 résume les répercussions des recommandations sur les coûts de fonctionnement annuels prévus, fondées sur les volumes et les charges de travail de 1999-2000. L'atteinte des objectifs de rendement recommandés aurait permis de réaliser les économies opérationnelles suivantes et de dégager des recettes accrues pour 1999-2000 :

- 12,3 millions de dollars en économies au titre des coûts de main-d'œuvre
- 13,2 millions de dollars en diminutions de frais autres que les salaires

- 1,8 million de dollars en recettes/recouvrements accrus

Figure 6.5.1 Économies possibles au niveau des activités des départements[152]

Secteur	Diminution des ÉTP	Modification annuelle en $
Admin. des soins infirmiers	-10,00	-661 275 $
USI – Méd./chir.	-17,84	-1 188 997 $
USI – Nouveau-nés	-3,97	-286 767 $
USI – Soins coronariens	-1,89	-133 881 $
Programme des naissances	-6,84	-457 869 $
S.O. pour patients en consultation externe	-3,66	-248 124 $
Endoscopie	-0,95	-65 021 $
Cliniques externes	-12,90	-754 779 $
Laboratoires cliniques	-48,09	-2 761 081 $
Imagerie diagnostique	-36,00	-2 517 000 $
Inscription	-5,72	-251 184 $
Dossiers de santé	-23,56	-1 008 184 $
Télécommunications	-13,23	-561 660 $
Systèmes d'information	13,41	1 536 720 $
Gestion du matériel	-45,54	-1 889 557 $
Entretien	-9,72	-500 000 $
Remplacement du travail modifié - LHO	-7,48	-371 247 $
Économies en coûts de main-d'oeuvre	-233,98	-12 119 906 $
Gestion du matériel – Diminution des frais d'entreposage		-132 200 $
Gestion du matériel – Diminution des prix d'achat		-4 033 920 $
Imagerie diagnostique – Diminution des fournitures/PACS		-1 630 000 $
Biomédical		-254 000 $
Télécommunications – Téléphonie unifiée		-293 000 $
Systèmes d'information		-4 152 639 $
Économies en coûts autres que de main-d'oeuvre		-10 495 759 $
RÉDUCTION TOTALE DES FRAIS DE FONCTIONNEMENT ANNUELS	**-233,98**	**-22 615 665 $**
Imagerie diagnostique		700 000 $
Échographie		300 000 $
Biomédical		150 000 $
Systèmes d'information		698 000 $
Recettes supplémentaires annuelles moyennes		1 848 000 $
IMPACT ANNUEL NET		**-24 463 665 $**
Réduction ponctuelle des stocks Gestion du matériel		-1 322 000 $

Ainsi, l'effet net des changements opérationnels proposés permettrait de réduire les pertes de fonctionnement de l'Hôpital d'environ 24,5 millions de dollars par an[153]. (Pour parvenir à certaines de ces économies et augmentations de recettes, il faudra un investissement de capitaux.

De plus, on a établi l'existence d'une économie unique réalisée à même une réduction des stocks de l'ordre de 1,3 million de dollars.

---

[152] Les modifications recommandées au coût des systèmes d'information font l'objet du chapitre 9 du présent rapport.

[153] Ces économies sur les coûts de fonctionnement et ces augmentations des recettes ont seulement trait aux modifications des activités des départements. Elles sont tout à fait indépendantes des possibilités d'économies de coût sur l'efficience clinique. Il y a interaction entre les économies tirées de l'efficience clinique et les économies tirées de l'efficience opérationnelle qui fait en sorte que l'effet combiné est moindre que la somme des répercussions des deux genres d'initiatives. L'interaction et l'effet combiné sera établi dans le cadre de la planification de la mise en œuvre.

Économies possibles au niveau des activités de l'Institut de cardiologie

En outre, le tableau suivant relève d'autres possibilités d'économies pour 1999-2000 dans des secteurs actuellement exploités directement et de façon autonome par l'Institut de cardiologie mais qui s'inscrivaient auparavant dans le financement, les coûts et le déficit de L'Hôpital d'Ottawa en 1999-2000. Les centres fonctionnels dont il est question sont ceux qui pourraient facilement être attribués à l'Institut de cardiologie et ceux qui présentent des possibilités d'économies comparativement aux hôpitaux pairs retenus.

Figure 6.5.2 Possibilité d'économies sur les coûts de fonctionnement de l'Institut de cardiologie

Institut de cardiologie		
712604200 S.O. en cardiologie	26,18	- 1 683 655 $
712100000 Services médicaux aux patients hospitalisés	11,10	- 798 309 $
L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE	37,28	- 2 481 964 $

Une annexe fait état des profils des centres fonctionnels pour chacun des secteurs examinés. Ces profils présentent des comparaisons du rendement des centres fonctionnels par rapport aux hôpitaux d'enseignement pairs et illustrent les répercussions des objectifs de rendement proposés.

6.6 *Calendrier des possibilités d'économies au niveau des activités des départements*

Un calendrier quinquennal a été établi pour réaliser toutes ces économies et augmenter les recettes en apportant des améliorations aux activités du département et des centres fonctionnels. La figure 6.6.1 fait état de nos estimations et des économies possibles relevées dans la figure 6.5.1.

Figure 6.6.1
Calendrier des économies

		Calendrier des répercussions				
Secteur	$ annuel	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2005-2006	2006-2007
Admin. des soins infirmiers	-661 275 $	50 %	100 %	100 %	100 %	100 %
USI – Méd./chir.	-1 188 997 $	50 %	100 %	100 %	100 %	100 %
USI – Nouveau-nés	-286 767 $	50 %	100 %	100 %	100 %	100 %
USI – Soins coronariens	-133 881 $	50 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Programme des naissances	-457 869 $	50 %	100 %	100 %	100 %	100 %
S.O. pour patients en consultation externe	-248 124 $	50 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Endoscopie	-65 021 $	50 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Cliniques externes	-754 779 $	50 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Laboratoires cliniques	-2 761 081 $	12 %	12 %	100 %	100 %	100 %
Imagerie diagnostique	-2 517 000 $	49 %	82 %	96 %	98 %	100 %
Inscription	-251 184 $	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Dossiers de santé	-1 008 184 $	10 %	10 %	50 %	80 %	100 %
Télécommunications	-561 660 $	41 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Systèmes d'information	1 536 720 $	107 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Gestion du matériel	-1 889 557 $	15 %	45 %	100 %	100 %	100 %
Entretien	-500 000 $	15 %	45 %	100 %	100 %	100 %
Remplacement du programme des h. modifiées – LHO	-371 247 $	15 %	45 %	100 %	100 %	100 %
Économies de coûts en main-d'oeuvre	**-12 119 906 $**	**26 %**	**55 %**	**94 %**	**98 %**	**100 %**
Gestion du matériel – Réd. des frais d'entreposage	-132 200 $	30 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Gestion du matériel – Réd. des prix d'achat	-4 033 920 $	30 %	54 %	73 %	88 %	100 %
Imagerie diagnostique – Réd. des fournitures/PACS	-1 630 000 $	49 %	82 %	96 %	98 %	100 %
Biomédical	-254 000 $	25 %	50 %	100 %	100 %	100 %
Télécommunications – Téléphone unifiée	-293 000 $	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Systèmes d'information	-4 152 639 $	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Économies de coûts autres que la main-d'oeuvre	**-10 495 759 $**	**62 %**	**78 %**	**89 %**	**95 %**	**100 %**
DIMINUTION DU TOTAL DES FRAIS DE FONCTIONNEMENT ANNUELS	**-22 615 665 $**	**42 %**	**66 %**	**92 %**	**97 %**	**100 %**
Imagerie diagnostique	700 000 $	49 %	82 %	96 %	98 %	100 %
Échographie	300 000 $	25 %	50 %	100 %	100 %	100 %
Biomédical	150 000 $	33 %	67 %	100 %	100 %	100 %
Systèmes d'information	698 000$	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Recettes supplémentaires annuelles moyennes	1 848 000 $	63 %	82 %	99 %	99 %	100 %
IMPACT ANNUEL NET	**-24 463 665 $**	**43 %**	**68 %**	**93 %**	**97 %**	**100 %**
Réduction ponctuelle des stocks	-1 322 000 $	30 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Les paragraphes suivants comportent des commentaires et des explications au sujet du calendrier des économies :

- Services des soins infirmiers :
  - On vise à réduire le personnel de soins infirmiers de 50 % en 2001-2002 et de 50 % en 2001-2003.
- Laboratoires cliniques :
  - On vise des réductions de 6,0 ÉTP pour 2001-2002 afin de justifier la diminution du nombre d'employés au Campus Riverside (comme le rapporte LHO).
  - Les réductions qui restent à effectuer au personnel du laboratoire et qui sont établies dans le projet LREO

sont liées à l'érection d'un nouveau laboratoire régional au Campus Général qui devrait achevé en 2003-2004.

- Imagerie diagnostique :
  - Les diminutions de personnel et de fournitures, et l'augmentation des recettes et des frais de mise en œuvre sont liées à la mise en œuvre sur cinq ans par LHO de la technologie PACS déjà en cours.
- Admission/inscription :
  - L'Hôpital rapporte que les réductions de personnel présentées ont déjà été effectuées par LHO en 2000-2001 et que le centre fonctionnel est exploité à un niveau amélioré de productivité et un niveau réduit de dotation.
- Dossiers de santé :
  - Les diminutions de personnel sont liées à l'implantation par LHO des systèmes améliorés.
  - Dix pour cent des réductions de personnel sont liés à l'exercice 2001-2002, avec la mise en œuvre d'un répertoire maître des patients unique et d'un dossier physique unifié/intégré.
  - Les économies qui restent devraient pouvoir être réalisées à compter de 2003-2004 et l'objectif est de 40 %, 30 % et 20 % pour les exercices 2003-2004, 2004-2005 et 2005-2006 respectivement.
- Télécommunications :
  - Des économies de 4,48 ÉTP ont été réalisées en 2000-2001 et l'objectif pour 2001-2002 est de un ÉTP avec la mise en œuvre de l'initiative de téléphonie unifiée.
  - Les réductions d'ÉTP qui restent seront effectuées en 2002-2003.
  - Des économies autres que de main-d'œuvre de 293 000 $ prennent effet en 2001-2002
- Systèmes d'information :
  - La plupart des économies et des augmentations de coûts/recettes devraient se concrétiser en 2001-2002.
- Gestion du matériel :
  - Le réaménagement de la chaîne d'approvisionnement, l'unification des stocks et la normalisation des produits

devraient débuter sur-le-champ et être achevés sur une période de trois ans. On vise des économies de 15 %, 30 % et 55 % au cours des exercices 2001-2002, 2002-2003 et 2003-2004 respectivement.

  - L'objectif de diminution de stock s'établit à 30 % pour 2001-2002 et pour les 70 % restant en 2002-2003.

- Entretien :
  - Les diminutions de coûts liées à l'élimination des dédoublements, au réaménagement des commandes et à l'attribution de permis polyvalents au personnel devraient avoir lieu sur une période de trois ans. On vise des économies de 15 %, 30 % et 55 % au cours des exercices 2001-2002, 2002-2003 et 2003-2004 respectivement.
- Remplacement du travail modifié à LHO :
  - Représente l'équivalent de 35 % des heures au titre du Programme du travail modifié qui doivent être réalisées à même les gains de productivité enregistrés à LHO (il ne s'agit pas d'un remplacement du Programme de travail modifié). On vise des économies de 15 %, 30 % et 55 % au cours des exercices 2001-2002, 2002-2003 et 2003-2004 respectivement.
- Génie biomédical :
  - Les réductions liées à un recours à l'interne intensifié devraient être effectuées sur une période de trois ans. On vise des économies de 25 %, 25 % et 50 % au cours des exercices 2001-2002, 2002-2003 et 2003-2004 respectivement.

La figure 6.6.2 résume les répercussions prévues sur les coûts annuels de fonctionnement au cours des trois prochaines années, par secteur. Ces estimations s'appuient sur les volumes et les charges de travail de 1999-2000.

Figure 6.6.2
Résumé des économies par année[154]

	2001-2002		2002-2003		2003-2004	
Secteur	Impact réel des ÉTP	Dollars	Impact réel des ÉTP	Dollars	Impact réel des ÉTP	Dollars
Admin. des soins infirmiers	-5,00	-330 638 $	-10,00	-661 275 $	-10,00	-661 275 $
USI – Méd./chir.	-8,92	-594 499 $	-17,84	-1 188 997 $	-17,84	-1 188 997 $
USI – Nouveau-nés	-1,99	-143 384 $	-3,97	-286 767 $	-3,97	-286 767 $
USI – Soins coronariens	-0,95	-66 941 $	-1,89	-133 881 $	-1,89	-133 881 $
Programme des naissances	-3,42	-228 935 $	-6,84	-457 869 $	-6,84	-457 869 $
S.O. des patients en consultations externes	-1,83	-124 062 $	-3,66	-248 124 $	-3,66	-248 124 $
Endoscopie	-0,48	-32 511 $	-0,95	-65 021 $	-0,95	-65 021 $
Cliniques externes	-6,45	-377 390 $	-12,90	-754 779 $	-12,90	-754 779 $
Laboratoires cliniques	-6,00	-344 489 $	-6,00	-344 489 $	-48,09	-2 761 081 $
Imagerie diagnostique	-17,57	-1 228 296 $	-29,52	-2 063 940 $	-34,61	-2 418 837 $
Inscription	-5,72	-251 184 $	-5,72	-251 184 $	-5,72	-251 184 $
Dossiers de santé	-2,36	-100 818 $	-2,36	-100 818 $	-11,78	-504 092 $
Télécommunications	-5,48	-232 645 $	-13,23	-561 660 $	-13,23	-561 660 $
Systèmes d'information	14,41	1 600 719 $	13,41	1 536 720 $	13,41	1 536 720 $
Gestion du matériel	-6,83	-283 434 $	-20,49	-850 301 $	-45,54	-1 889 557 $
Entretien	-1,46	-75 000 $	-4,37	-225 000 $	-9,72	-500 000 $
Remplacement du programme de travail modifié – LHO	-1,12	-55 687 $	-3,36	-167 061 $	-7,48	-371 247 $
Économies en coûts de main-d'oeuvre	-61,15	-2 869 191 $	-129,70	-6 824 446 $	-220,81	-11 517 651 $
Gestion du matériel – Réduction des frais d'entreposage		-39 660 $		-132 200 $		-132 200 $
Gestion du matériel – Réduction des prix d'achat		-1 200 000 $		-2 160 000 $		-2 928 000 $
Imagerie diagnostique – Réduction des fournitures/PACS		-795 440 $		-1 336 600 $		-1 566 430 $
Biomédical		-63 500 $		-127 000 $		-254 000 $
Télécommunications – Téléphonie unifiée		-293 000 $		-293 000 $		-293 000 $
Systèmes d'information		-4 152 639 $		-4 152 639 $		-4 152 639 $
Économies des coûts autres que de main-d'oeuvre		-6 544 239 $		-8 201 439 $		-9 326 269 $
RÉDUCTION DU TOTAL DES FRAIS DE FONCTIONNEMENT ANNUELS	-61,15	-9 413 430 $	-129,70	-15 025 885 $	-220,81	-20 843 920 $
Recettes supplémentaires :						
Imagerie diagnostique		341 600 $		574 000 $		672 700 $
Échographie		75 000 $		150 000 $		300 000 $
Biomédical		50 000 $		100 000 $		150 000 $
Systèmes d'information		698 000 $		698 000 $		698 000 $
Recettes supplémentaires annuelles moyennes		1 164 600 $		1 522 000 $		1 820 700 $
IMPACT NET ANNUEL		-10 578 030 $		-16 547 885 $		-22 664 620 $
Réductions/investissements ponctuels						
Gestion du matériel – Réduction des stocks		-396 600 $		-925 400 $		
Indemnité de licenciement		1 495 215 $		1 527 806 $		2 169 154 $
Formation, éducation et orientation du personnel libéré		87 160 $		113 194 $		172 038 $
Autres coûts de mise en oeuvre		0 $		0 $		
Remboursement de la formation et licenciement/MS				-1 345 019 $		-1 394 850 $
Coûts de mise en oeuvre annuels ponctuels		1 185 775 $		-629 418 $		946 341 $
Impact annuel net des coûts de mise en oeuvre		-9 392 255 $		-17 177 304 $		-21 718 279 $

Comme on peut le constater, en trois ans, l'Hôpital devrait être en mesure d'effectuer une réduction annuelle nette des coûts de fonctionnement de 22,7 millions de dollars, ou 93 % de

[154] Notes :
1. On présume que les réductions ponctuelles des stocks devraient compenser les coûts accrus de la fin.
2. Les coûts liés aux employés ayant quitté sont calculés pour l'ensemble du personnel, sauf celui de l'Imagerie diagnostique et des Inscriptions.
3. Les indemnités de départ sont fondées sur 50 % des salaires et des avantages sociaux (présumés d'une indemnité de départ moyenne de 26 semaines).
4. L'indemnité de formation, d'études et d'orientation est fondée sur un montant de 2 000 $ par ÉTP ayant quitté.
5. Le remboursement par le MS (85 %) a lieu au cours de l'année qui suit la restructuration. Le montant total illustré indique le remboursement du MS qui doit être reçu en 2007-2008.

l'impact possible établi dans le présent examen de l'efficacité opérationnelle.

Au cours de ces trois ans, LHO aura eu un impact d'environ 50 millions de dollars. Les coûts de fonctionnement ponctuels de la mise en œuvre durant cette période de trois ans sont évalués à environ 1,5 million de dollars, ce qui entraînera un impact net d'environ 48,5 millions de dollars en économies sur les coûts de fonctionnement et en recettes accrues durant cette période.

Modifications aux coûts de main-d'œuvre, de fournitures et de services

En ce qui a trait aux changements aux coûts unitaires de main-d'œuvre, de fournitures et/ou de services :

- Les prévisions ne comprennent pas les provisions pour salaire et les augmentations d'avantages sociaux applicables aux contrats ayant pris fin et aux nouveaux contrats (ou l'étude de la rémunération des personnes non syndiquées) ou les effets possibles de l'uniformisation des salaires à la suite d'une unification éventuelle.
- Les coûts illustrés sont en dollars de 1999-2000. Le coût des pressions inflationnistes non subventionnées n'a pas été inclus. Tous les hôpitaux de l'Ontario sont confrontés au défi continuel qui consiste à gérer les augmentations à l'inflation qui touchent les salaires, les fournitures et les autres frais.

Coûts de fonctionnement ponctuels de la mise en œuvre

Les coûts de fonctionnement ponctuels qui sont inclus dans l'analyse présentée dans la figure 6.6.2 sont décrits dans les sections qui suivent.

- Le coût ponctuel du licenciement s'appuie sur 50 % des salaires et avantages sociaux touchant les diminutions d'employés illustrées, ce qui représente une indemnité de licenciement moyenne de 26 semaines (signalons que le MSSLD rembourse jusqu'à 52 semaines par employé aux termes des lignes directrices sur le remboursement des coûts de restructuration). Compte tenu de la période prolongée de réalisation de ces réductions de personnel, une partie des économies pourrait être effectuée par attrition, sans qu'il soit nécessaire de verser des indemnités de départ.
- Les coûts de formation et d'orientation uniques engagés lors du licenciement s'appuient sur une moyenne de 2 000 $ par employé licencié.
- On a présumé que le MSSLD remboursera les coûts ponctuels de restructuration au taux de 85 % lors de l'année suivante.

Estimation des coûts en capital ponctuels de la mise en œuvre par LHO

De plus, il y aura des coûts en capital liés à l'acquisition de systèmes et aux installations qui seront nécessaire pour faciliter la concrétisation de certaines économies.

Le tableau suivant présente les coûts en capital ponctuels de la mise en œuvre tels qu'établis par LHO qui ont trait aux possibilités d'économies recommandées dans le présent rapport. Nous n'avons pas évalué la validité de ces estimations et à ce titre, celles-ci sont présentées à titre d'information seulement. La figure 6.6.2 n'inclut pas ces coûts.

Estimation des coûts ponctuels de mise en œuvre par LHO

Secteur	Coûts ponctuels de mise en oeuvre	Commentaires de LHO
USI – Méd./chir. (Campus Général)	?	Rénovation et élargissement
USI – Méd./chir. (Campus Civic)	?	Élargissement
USI – Nouveau-nés	150 000 $	Configuration améliorée de l'USINN du Campus Général
Laboratoires cliniques	17 200 000 $	Investissement en capital – LREO
Imagerie diagnostique	19 000 000 $	Investissement en capital - PACS
Dossiers de santé	1 200 000 $	Améliorations à l'informatisation et aux autres systèmes
Gestion du matériel	2 275 000 $	Investissements dans l'infrastructure et les systèmes
Entretien	300 000 $	Investissement dans le réaménagement des commandes
Biomédical	300 000 $	Investissement dans le réaménagement des commandes
Total	**40 425 000 $**	

Signalons que l'investissement en capital dans les PACS comprend le coût d'acquisition de l'équipement d'imagerie adapté à la technologie PACS. L'expérience vécue par les autres centres révèle que la technologie adaptée au PACS devrait être acquise dans le cadre du cycle habituel de remplacement de l'équipement. On pourrait soutenir que les fonds nécessaires pour acquérir cet équipement d'imagerie ont déjà été fournis en partie par l'amortissement de l'équipement. De plus, l'initiative LREO, telle que présentement conçue, est un projet régional. Ce sont les autres utilisateurs éventuels du Laboratoire qui devraient en supporter le coût, et non seulement LHO.

Examen opérationnel et vérification de l'efficience clinique de L'Hôpital d'Ottawa

Chapitre 7 Rapport final

Le 29 juin

7.0 Impact des organisations secondaires et hôtes sur L'Hôpital d'Ottawa

7.1 Interdépendances avec les organisations secondaires et hôtes : Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, Centre régional de cancérologie d'Ottawa

L'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa et le Centre régional de cancérologie d'Ottawa sont des personnes morales régies par leur propre conseil d'administration. Historiquement, les deux organisations ont eu depuis longtemps des dépendances avec les organisations que LHO a remplacé en matière de prestation de services de soutien et de services cliniques connexes propres aux besoins de chacune de ces organisations. Ces interdépendances persistent de nos jours et représentent des défis de taille liés aux ententes et aux rapports organisationnels.

L'Institut de cardiologie d'Ottawa

Jusqu'à avril 2000, l'Institut de cardiologie était une entité au sein de LHO, et son financement s'inscrivait dans l'enveloppe de financement global de LHO assuré par le MSSLD. À l'heure actuelle, l'Institut de cardiologie est subventionné directement par le MSSLD. L'Hôpital d'Ottawa a délégué à l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa la responsabilité des soins cardiaques des patients de LHO. LHO et l'Institut de cardiologie ont collaboré pour élaborer une entente de service[155], qui constitue le fondement formel de la relation de travail entre les deux organisations.

L'établissement de l'Institut de cardiologie comme personne morale présente des défis exceptionnels en termes de gestion opérationnelle et de gestion des risques. Les éléments suivants de l'entente de service intervenue entre l'Institut de cardiologie et l'Hôpital suscitent certaines préoccupations liées à la gestion des risques et à la gestion des responsabilités[156] :

[155] L'entente de service a été signée en date du 5 novembre 1999.

[156] D'après une révision de l'entente de service datée du 5 novembre 1999.

- [Traduction] « Conformément à la *Loi sur les hôpitaux publics*, l'Hôpital (LHO) est, en définitive, chargé des soins des patients et il est reconnu que tous les patients de l'Institut sont des patients de l'Hôpital. » Cependant, [Traduction] « le conseil d'administration de l'Institut possède le pouvoir exclusif de gérer toutes les affaires de l'Institut. »
- Le directeur général de l'Institut [Traduction] « doit agir comme P.-D.G. de l'Institut et est responsable devant le conseil d'administration de l'Institut ». Cependant, le directeur général n'a pas de comptes à rendre au Conseil d'administration de l'Hôpital.
- Le Comité médical consultatif de LHO tiendra lieu de CMC de l'Institut de cardiologie et fera rapport sur la pratique de la médecine dans la mesure où elle touche les services de cardiologie ainsi que les activités et responsabilités de l'Institut devant le Conseil d'administration de LHO qui, cependant, n'exerce aucun contrôle sur les affaires de l'Institut de cardiologie.
- [Traduction] « L'Institut élabore ses propres règlements administratifs, ainsi que ses protocoles, systèmes et réseaux administratifs qui témoignent de la nature spécialisée de ses activités et de son rôle qui y est prépondérant », sans qu'il soit nécessaire de renvoyer aux règlements administratifs ou aux protocoles administratifs de l'Hôpital.
- Les nominations comme membre du personnel de l'Institut de cardiologie se traduisent également par une nomination comme membre du personnel médical de LHO.
- Les employés nommés à l'Institut de cardiologie seront des employés de LHO.
- Bien que tout déficit engagé par l'Institut de cardiologie doive être géré par celui-ci, c'est l'Hôpital qui, en définitive, est responsable du déficit de l'Institut de cardiologie. Cependant, l'Hôpital n'est pas responsable de la gestion et de l'exploitation de l'Institut de cardiologie, sauf s'il assume cette responsabilité si le déficit n'est pas réglé à l'intérieur d'un échéancier précis.

Nous nous préoccupons du fait que LHO soit responsable de toutes les activités de l'Institut de cardiologie, mais qu'il n'exerce aucun contrôle direct ou indirect sur ces activités. Il peut assumer la gestion des activités cliniques de l'Institut seulement si celui-ci subit un déficit qui n'est pas réglé en une

période raisonnable. Le Conseil d'administration de LHO sera tenu au courant des problèmes de qualité des soins dans les activités de l'Institut par les rapports de son CMC. Toutefois, le Conseil d'administration de LHO ne disposera d'aucun mécanisme de prise de mesures correctives en vue d'améliorer la qualité de soins prodigués à ses patients en soins cardiaques, pour lesquels il a délégué la responsabilité à l'Institut. Aucune disposition prévoit que l'Hôpital doit assumer la gestion des activités cliniques de l'Institut de cardiologie en ce qui concerne les questions de la qualité des soins ou de la sécurité des patients. Le Conseil d'administration de L'Hôpital d'Ottawa devrait établir son droit d'intervenir dans les affaires de l'Institut de cardiologie ainsi qu'un mécanisme d'application de ce droit s'il est mis au courant de problèmes de qualité et de sécurité des patients liés aux soins des patients de l'Hôpital par l'Institut.

Nous nous préoccupons également du fait que la marge de crédit négociée de LHO englobe à la fois celle de LHO et de l'Institut de cardiologie. Bien que l'Institut de cardiologie ait des comptes bancaires distincts pour traiter les transferts de fonds distincts entre organisations, à titre de personne morale distincte, l'Institut de cardiologie devrait également négocier et gérer sa propre marge de crédit.

Recommandations :

(114) Le président du Conseil d'administration de L'Hôpital d'Ottawa devrait renégocier l'entente de service avec l'Institut de cardiologie d'Ottawa pour s'assurer qu'il a le droit et la capacité d'assumer la gestion de l'Institut de cardiologie en ce qui touche les questions de sécurité des patients et de qualité de soins et les questions liées à la dette de l'Institut de cardiologie.

(115) Le DF de l'Institut de cardiologie devrait négocier, obtenir et gérer une marge de crédit distincte pour régler les insuffisances de liquidités à court terme.

Si les efforts de l'Hôpital en vue de corriger ces problèmes demeurent sans succès, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait intervenir afin de régulariser la situation.

Centre régional de cancérologie d'Ottawa

Les entente de partage des coûts et les liens actuels entre le CRCO et LHO sont propres à chacun des campus où se trouve le Centre de cancérologie. Ces différences représentent les

ententes et les liens historiques établis de façon individuelle avec l'Hôpital Général d'Ottawa et l'Hôpital Civic d'Ottawa. Il s'agit d'une pratique commune dans l'ensemble de l'Ontario, car les centres régionaux de cancérologie et les hôpitaux hôtes ont négocié des ententes propres à leurs liens.

Le CRCO et LHO négocient actuellement de nouvelles ententes de partage des coûts. Toutefois, on a réalisé peu de progrès vers la conclusion d'une nouvelle entente au cours des 8 à 10 derniers mois. Il subsiste des différences[157] liées au caractère approprié des affectations de coûts proposées par LHO[158], comme les suivantes :

- La question de savoir si les coûts de certains services s'inscrivent ou non dans les bases de financement existantes de LHO (comme les services de laboratoires fournis au Campus Civic) ou dans le financement du CRCO (comme les services de laboratoire dispensés au Campus Général).
- L'utilisation de majorations et de frais minimaux rattachés aux coûts.
- Les différences au niveau du coût des prestations de la main-d'œuvre entre les sites, pour le même service.

Nous convenons qu'il faut adopter une approche et une méthode cohérentes, peu importe quel campus offre les services à l'appui du CRCO. Le recouvrement des coûts devrait refléter le recouvrement des coûts réels engagés par LHO pour offrir le service, et exclure toute provision pour profits dans le cas de LHO.

Le financement du CRCO par Action Cancer Ontario témoigne des liens actuels que LHO a historiquement entretenu avec les organisations qu'il a remplacé. En tant que telle, toute augmentation des recouvrements des coûts du CRCO aux termes du modèle actuel peut nécessiter un soutien financier accru d'ACO au CRCO.

Les nouveaux centres de cancérologie qui sont lancés (Oshawa, Mississauga et Kitchener) s'écartent des liens traditionnels entretenus par le passé par les centres de cancérologie avec les hôpitaux hôtes pour s'orienter vers une approche de partenariat davantage axée sur l'unification et la collaboration. Bien que ces approches d'unification soient

[157] Documenté dans une lettre du CE du CRCO à LHO datée du 04.05.2000.

[158] Le 29 février 2000.

encore en cours d'élaboration et continueront à évoluer lorsque ces centres deviendront opérationnels, dans le contexte du présent modèle, le programme d'oncologie au complet (y inclus les soins aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe) est entièrement financé, ce qui élimine les rajustements à la base de l'hôpital partenaire. Du point de vue du financement, l'avantage principal réside dans l'unification et l'isolement du financement réservé aux services d'oncologie par rapport aux autres programmes et services financés par l'Hôpital.

Ce modèle n'éliminera pas la nécessité des bases d'affectation des coûts. Il exigera plutôt de l'hôpital partenaire qu'il mette en œuvre et qu'il actualise des systèmes de saisie des ressources et des coûts liés à la prestation de services d'oncologie distincts des autres programmes et services. LHO et le CRCO devraient envisager d'adopter ce genre de modèle de partenariat plus centré sur l'unification et la collaboration.

7.2 *Répercussions des organisations secondaires en matière d'efficience et de coûts*

À l'heure actuelle, rien ne laisse croire que les organisations secondaires apportent une contribution importante, positive ou négative, à la situation financière de LHO. Nos examens des activités des départements de LHO et les entrevues réalisées avec le personnel des départements n'ont pas permis de relever des facteurs opérationnels importants et des préoccupations au niveau de la prestation de services à ces organisations.

Dans les cas où les services soutiennent ces organisations, le suivi des coûts en dotation et d'autres ressources est simple. Pour ce qui est des autres services, on se sert des imputations pour établir les coûts en dotation et ceux des autres ressources. La capacité de saisir avec exactitude les coûts en dotation et ceux des autres ressources est directement fonction de la validité du fondement utilisé pour imputer adéquatement les coûts en dotation et ceux des autres ressources. Peu importe le fondement utilisé, toute imputation d'un coût constitue, au mieux, une estimation des coûts qui sont en cause. L'approche qui convient le mieux consiste à évaluer les coûts de la façon la plus juste aux yeux des parties concernées.

En outre, le système de santé évolue constamment et au fur et à mesure que le nouvel équipement et les mécanismes de prestation de soins de santé de même que les services continuent à être instaurés, les méthodes d'imputation qui sont

utilisées et convenues doivent également être revues et actualisées de manière à refléter ces changements. LHO et les organisations secondaires devront revoir et réviser annuellement toutes les imputations.

Recommandations :

(116) Le vice-président aux finances devrait veiller à ce que les fondements de l'imputation des coûts reflètent avec le plus d'exactitude possible uniquement les coûts réels de prestation des services aux organisations secondaires et hôtes et n'incluent pas les recettes liées à des profits.

(117) Le vice-président aux finances devrait collaborer avec le CRCO pour élaborer des approches et des méthodes cohérentes de recouvrement des coûts de service liés au CRCO dans l'ensemble des campus de L'Hôpital d'Ottawa.

(118) Le vice-président aux finances, de concert avec les organisations secondaires, devrait revoir et réviser annuellement au besoin les méthodes d'imputation de coûts.

8.0 Les conclusions liées à la planification et au réaménagement des installations

8.1 Aperçu des installations actuelles et répercussions des installations actuelles sur les activités

L'Hôpital d'Ottawa comprend trois installations :

- Le Campus Riverside s'étend sur 22 hectares de terrain transférés récemment par la municipalité à LHO. Un immeuble logeant des bureaux privés de médecins (qui accueille des médecins en pratique privée et un laboratoire privé) se trouve également dans le campus et est lié au principal immeuble de l'Hôpital. Le Campus Riverside a été et continue à être converti en établissement de soins ambulatoires.

  Ce sont les aires d'opération, d'intervention et de réveil qui suscitent le plus de préoccupations. Ces aires sont petites, encombrées et inadéquates pour la prestation de services de soins de qualité aux patients.

- Le Campus Général est situé dans le Campus des sciences de la santé d'Ottawa avec l'Université d'Ottawa, le Centre régional de réadaptation Royal Ottawa, le Centre régional de cancérologie d'Ottawa, l'Institut de recherche en santé d'Ottawa et l'Hôpital pour enfants de l'est ontarien (HEEO). L'HEEO est la seule organisation de ce consortium qui exerce un contrôle direct ou qui est directement propriétaire d'une parcelle de terrain en particulier. Les autres organisations sont considérées comme des indivisaires.

  Le Campus Général a été érigé au début des années 1980 et conçu selon le concept Friesen. Voici certaines de ses caractéristiques de conception :

- Des aires d'approvisionnement des patients se trouvant dans leurs chambres ou à proximité de celles-ci limitent le temps que les infirmières consacrent à se déplacer pour trouver des fournitures. Toutefois, du point de vue de la gestion du matériel, ce modèle est vraisemblablement le plus coûteux (en main-d'œuvre et en stock) car il représente beaucoup plus d'emplacements d'approvisionnement en comparaison avec un modèle traditionnel (qui a recours à des pièces d'approvisionnement central).
- Des ascenseurs spécialisés (« à injection ») servent à transporter des fournitures vers les unités de soins infirmiers, ce qui élimine la nécessité des porteurs qui transportent des fournitures vers les unités de soins infirmiers (et contribue à compenser les coûts en main-d'œuvre ajoutés qui sont associés au réapprovisionnement de l'emplacement d'approvisionnement des patients).

La structure elle-même comprend deux tours et un podium au milieu qui, ensemble, favorisent les courtes distances et les déplacements en ligne droite.

- Le Campus Civic se trouve sur 23 hectares de terrain dont la propriété a été transférée récemment de la municipalité à LHO. L'Institut de recherche Loeb, la Résidence des internes, le Centre régional de cancérologie d'Ottawa et l'Institut de cardiologie d'Ottawa sont également situés dans le campus.

  Bon nombre des installations du Campus Civic sont très vieilles et désuètes. Le nombre d'immeubles et leur configuration matérielle présentent des défis uniques en matière de prestation de services.

8.2 *Répercussions des directives de la CRSS sur l'aménagement des installations*

Les rapports produits par la CRSS en août 1997 et en juillet 1998 comportaient des directives à l'intention de l'Hôpital Général d'Ottawa, de l'Hôpital Civic d'Ottawa et de l'Hôpital Riverside. Les directives finales comprenaient les suivantes :

- Fermer l'Hôpital Riverside et transférer cette activité aux Campus Général et Civic.
- Unifier les services sur les Campus Général et Civic, et

regrouper la plupart des services de soins tertiaires, sauf ceux qui sont dispensés par l'Institut de recherche de l'Université d'Ottawa, sur le Campus Alta Vista de L'Hôpital d'Ottawa.

- 74 millions de dollars en réaménagement d'installations et en coûts d'équipement ont été relevés.
- 50 millions de dollars en économies opérationnelles ont été relevées.

Créé le 1er avril 1998, L'Hôpital d'Ottawa (LHO) a mené une étude de faisabilité sur le modèle à deux campus de la CRSS. Il en est venu aux conclusions suivantes :

- LHO a conclu que le modèle à deux campus de la CRSS ne constituait pas un modèle optimal, des points de vue clinique et financier. LHO a toujours soutenu que la CRSS n'a pas bien tenu compte de la croissance dans ses prévisions.
- LHO a évalué que les coûts en capital du modèle à deux campus étaient de 166 millions de dollars, comparativement à l'estimation de la CRSS, qui était de 74 millions de dollars. Les estimations de coûts de LHO comprenaient des postes non saisis dans la méthode d'établissement des coûts de la CRSS, comme un montant de 17 millions de dollars au titre du stationnement au Campus Général. LHO a prévu des coûts de réaménagement plus élevés que les coûts estimatifs de la CRSS, ce qui contribuerait également à des coûts accessoires et de fournitures/d'équipement plus élevés (ces coûts s'appuient sur la méthode d'imputation de la CRSS, qui prévoit 23,2 % et 15 % respectivement des coûts totaux en réaménagement). LHO incluait également de nouveaux appareils d'IRM aux Campus Civic et Général qui ne faisaient pas partie des coûts de la CRSS.
- Outre les 166 millions de dollars, LHO a également informé la CRSS que le modèle à deux campus nécessiterait 30 millions de dollars supplémentaires au titre des coûts des infrastructures municipales (égouts, routes, etc.) au Campus Alta Vista. La CRSS ne tient pas compte de ces coûts dans l'évaluation du caractère abordable.
- LHO estimait que les économies opérationnelles réalisées à même le modèle à deux campus étaient de 38,7 millions de dollars, comparativement à l'objectif de 50 millions de dollars de la CRSS.

Compte tenu de ces conclusions et de discussions avec la CRSS, LHO a demandé[159] que la CRSS envisage une proposition selon laquelle il serait possible d'utiliser le Campus Riverside comme centre de soins ambulatoires, le Campus Civic étant écarté. Après avoir reçu l'assentiment de la CRSS en vue d'étudier cette proposition, LHO a élaboré et présenté un plan directeur et une étude de faisabilité à la CRSS en septembre 1998[160]. Les éléments clés de cette étude présentée à la CRSS étaient les suivants :

- Un modèle à trois campus a été présenté comme celui qui répond le mieux aux besoins de la collectivité :
  - Le Campus Riverside a été présenté comme la « pierre d'assise » du succès de ce modèle, par la conversion du campus en centre de soins ambulatoires. Le Campus Riverside [Traduction] *« réduirait* [également] *l'ampleur du réaménagement requis aux Campus Général et Civic et, en définitive, les coûts qui y sont liés »*[161].
  - Les Campus Civic et Général demeureraient comme installations de soins tertiaires de service complet, et seraient surtout centrés sur les services pour patients hospitalisés.
  - Les services spécialisés seraient unifiés dans l'un ou l'autre des deux campus pour patients hospitalisés.
- Les coûts en capital du modèle à trois campus étaient évalués à 121 millions de dollars, ce qui représentait des économies de 45 millions de dollars (fondées sur une estimation de 166 millions de dollars faite par LHO sur le modèle à deux campus de la CRSS)[162]. La majeure partie de ces économies ne nécessitent plus de garage de stationnement au Campus Général, ni de réinstallation/d'élargissement de divers services, de coûts d'infrastructure réduits et de coûts

---

[159] Août 1998.

[160] Au moment de la présentation du plan directeur et de l'étude de faisabilité (sept. 1998), les équipes de planification des services cliniques des Neurosciences, de la Chirurgie vasculaire, de la Chirurgie thoracique et de la Traumatologie n'avaient pas conclu d'entente, mais on s'attendaient à ce qu'elles le fassent d'ici octobre 1998.

[161] Page 10 du document intitulé « Master Plan and Feasibility Study » de LHO, septembre 1998.

[162] Les économies estimatives de LHO s'élevaient à : 57 millions de dollars à Général; 12 millions de dollars à Civic; 24 millions de dollars en coûts de réaménagement ajoutés à Riverside, pour des économies nettes de 45 millions de dollars.

accessoires/d'équipement abaissés aux Campus Général et Civic[163]. Le plan directeur et l'étude de faisabilité ont également cerné certains problèmes qui exigeaient une analyse supplémentaire et peut-être un investissement en capital additionnel[164].

- Le modèle à trois campus serait achevé six mois plus tôt que le modèle à deux campus de la CRSS, ce qui accélérerait les économies opérationnelles de 18 millions de dollars en faisant en sorte qu'elles soient étalées sur 2,5 ans plutôt que sur 4,5 ans.
- Le modèle à trois campus ferait diminuer les économies opérationnelles de 1,7 million de dollars (37,0 millions de dollars plutôt que 38,7 millions de dollars).
- Un budget équilibré a été présenté pour l'exercice 2001-2002.
- Un autre appareil d'IRM a été demandé pour le Campus Riverside.

Après la présentation du plan directeur et de l'étude de faisabilité (sept. 1998), les équipes de planification clinique de LHO ont continué à planifier comment et où les services seraient offerts dans les trois campus. Pendant cette période, la CRSS a revu la présentation de LHO, puis a fait paraître le rapport supplémentaire sur la restructuration des services de santé d'Ottawa-Carleton en janvier 1999, suivi de la publication d'un rapport supplémentaire subséquent (comprenant des directives et des conseils) en mars 1999. Le rapport supplémentaire concluait/confirmait les éléments suivants :

- La CRSS appuyait l'aménagement du Campus Riverside en centre de soins ambulatoires, par l'unification de la majeure partie de l'activité facultative et de certaines activités de soins ambulatoires à accès rapide à Riverside. On soutenait qu'il s'agissait d'une solution de rechange à un réaménagement complémentaire des services ambulatoires aux Campus Général et Civic.
- Confirmation/direction de l'unification de la plupart des services tertiaires, sauf ceux qui sont dispensés par l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, sur le Campus Alta Vista de L'Hôpital d'Ottawa.

---

[163] Annexe E, « Preliminary Detailed Cost Analysis », de « TOH Master Plan and Feasibility Study », septembre 1998.

[164] Page 35 de « TOH Master Plan and Feasibility Study », septembre 1998.

- L'estimation révisée des coûts en capital de la CRSS applicable au réaménagement des trois campus a été fixée à 75,3 millions de dollars. Ce montant représentait une économie de coût de trois millions de dollars par rapport à l'estimation révisée de la CRSS de 78,3 millions de dollars pour le modèle à deux campus[165].
- La CRSS a recommandé qu'une planification plus exhaustive soit effectuée (à l'interne et avec des organisations de l'extérieur) pour s'assurer qu'il existe une cohérence clinique entre les services pour patients hospitalisés et les services de soins ambulatoires et que la masse critique est suffisante. La CRSS a formulé certaines préoccupations concernant une masse critique suffisante pour appuyer un projet de disponibilité dans trois campus de certains services (comme les diagnostics).
- La CRSS a convenu que 37,1 millions de dollars en économies de fonctionnement annuelles seraient réalisées (en plus des 33 millions de dollars en restructuration à ce jour), pour un total de 70,1 millions de dollars par rapport aux coûts de 1995-1996, qui suffisaient à compenser, et même davantage, le déficit de fonctionnement prévu de LHO.
- La CRSS n'a pas approuvé la nécessité d'un appareil d'IRM additionnel pour le Campus Riverside, car ce besoin a été jugé non fondé.
- La CRSS a exigé que LHO désaffecte des superficies égales ou plus grandes au Campus Civic.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, on a reçu les directives finales de la CRSS pendant que le processus de planification de LHO se poursuivait.

8.3 Plan de réaménagement des installations

Le processus de planification de LHO s'est poursuivi jusqu'à juin 1999, alors que les plans et les configurations propres aux campus ont été élaborés. LHO a rapporté qu'au cours de cette période de planification (de sept. 1998 à juin 1999), un nombre important d'équipes de planification clinique ont recommandé que l'ensemble des éléments ou les principaux

[165] La CRSS a fait observer que le coût du stationnement serait d'environ 8 millions de dollars de moins au Campus Riverside et que les 30 millions de dollars en coûts d'infrastructure municipale ne sont pas pris en compte par la CRSS dans l'évaluation du caractère abordable.

éléments (y compris l'activité diagnostique et thérapeutique destinée aux patient hospitalisés et aux patients en consultation externe) de leur service devraient être regroupés dans un campus. Les équipes ont reconnu que c'était nécessaire pour maximiser [Traduction] « *la masse critique, la cohérence clinique, les modèles de service axés sur le client, les programmes d'éducation et de recherche* ».

Les équipes de planification clinique ont été chargées d'élaborer des programmes fonctionnels en ce qui concerne leurs programmes et services. Au cours de l'élaboration des programmes fonctionnels, LHO a adopté un modèle équilibré de services tertiaires dans les Campus Civic et Général. Toutefois, le plan directeur n'a pas été actualisé et l'étude de faisabilité n'a pas été réévaluée pour refléter cette nouvelle répartition de services entre les campus de L'Hôpital d'Ottawa.

Le plan directeur et l'étude de faisabilité présentés [Traduction] « *visaient à établir le bien-fondé de l'approche à trois campus pour la restructuration à L'Hôpital d'Ottawa* ». La nécessité d'actualiser et de réévaluer le plan directeur et l'étude de faisabilité était justifiée compte tenu des éléments suivants :

- Les conclusions des équipes de planification clinique de LHO (qui ont fait suite au plan directeur et à l'étude de faisabilité de septembre 1998) telles qu'indiquées précédemment (la nécessité de regrouper l'ensemble des éléments ou les principaux éléments de leurs services, y compris les diagnostics, dans un campus).
- La réalisation des plans des principaux programmes (Neurosciences, Chirurgie vasculaire, Chirurgie thoracique et Traumatologie) en cours au moment du plan directeur et de l'étude de faisabilité de septembre 1998 et qui n'étaient pas inclus dans la présentation.

LHO a indiqué que le MSSLD l'a informé qu'un plan directeur n'était pas nécessaire et qu'il pouvait donner suite à sa programmation fonctionnelle. Nonobstant toute directive qui aurait pu ou non être donnée par le MSSLD relativement à l'actualisation du plan directeur, la responsabilité de la planification relève de LHO et l'actualisation du plan directeur aurait dû être effectuée.

Au cours de cet examen opérationnel, les consultants ont été informés (par LHO) que les ajustements aux services, les configurations et les prévisions d'économies opérationnelles

du plan directeur et de l'étude de faisabilité de septembre 1998 n'étaient pas conformes au programme fonctionnel ayant été élaboré.

LHO a terminé et présenté son programme fonctionnel au MSSLD en avril 2000. Le programme fonctionnel représente un processus de réaménagement des installations qui s'étale sur 7 à 10 ans, les premiers secteurs (aires de soins aux malades en phase critique, Campus Riverside, unification des services de soins tertiaires, laboratoire régional) étant aménagés au cours des trois à cinq premières années. Cet échéancier est beaucoup plus long que le calendrier de 32 mois présenté dans le plan directeur et l'étude de faisabilité de LHO soumis à la CRSS.

L'incapacité d'établir un lien entre le programme fonctionnel et un plan directeur limite les consultants et le MSSLD dans l'examen et l'évaluation du caractère approprié des plans de l'Hôpital. Le MSSLD a demandé à LHO de mettre un plan directeur à jour et de le présenter de nouveau pour qu'il reflète toute la gamme des programmes et des services de LHO. Nous sommes d'accord avec la demande du MSSLD selon laquelle un plan directeur de LHO devrait être élaboré.

Compte tenu de l'incapacité d'établir un lien entre le programme fonctionnel et un plan directeur, nous présentons les conclusions suivantes en ce qui concerne les plans actuels et le travail effectué à ce jour :

- On a accompli beaucoup de bon travail, mais ce travail doit être structuré. Les exigences et le processus de planification du MSSLD doivent être suivis.
- La documentation existante doit être organisée en un plan directeur exhaustif qui établit les coûts, les priorités, le calendrier de construction, et les plans d'affectation et de désaffectation en détails.
- Jusqu'à maintenant, on a eu recours à divers consultants pour appuyer le processus de planification. Les programmes fonctionnels actuels de LHO identifient trois consultants en planification différents[166] et plusieurs programmes n'identifient pas de consultant en planification. On a eu recours à deux consultants en établissement des coûts différents[167].

[166] CGI Inc., Agnew Peckham, Fiset-Cortez Inc.

[167] KPMG Management Consultants, Marshall Murray

- Les travaux de construction ayant été effectués à ce jour sont acceptables et LHO dispose d'une équipe de construction qui s'y connaît.
- L'aménagement de la Tour Nord au Campus Général semble être justifié compte tenu des éléments suivants :
  - Le Campus Général, qui se trouve sur le Campus des sciences de la santé Alta-Vista, est quelque peu enclavé, ce qui restreint l'examen des autres possibilités d'élargissement. L'ouverture du côté sud est contrôlée par l'HEEO, au sujet duquel LHO a déclaré qu'il ne désirait pas procéder à l'élargissement de LHO. (Toutefois, des discussions ultérieures avec l'HEEO ont révélé que le conseil d'administration de l'HEEO ne favorisait pas le plan de LHO d'utiliser le terrain à des fins de stationnement plutôt que pour des soins aux patients. L'HEEO a également indiqué que l'on étudie actuellement d'autres possibilités d'utilisations de ce terrain pour les soins aux patients). À l'heure actuelle, il n'existe pas de plan directeur d'aménagement du Campus Alta-Vista qui englobe tous les occupants.
  - La nécessité d'augmenter le nombre de lits de l'USI par rapport à ceux qui avaient été initialement planifiés par la CRSS exige davantage d'espace.
  - La nécessité de poursuivre l'activité chirurgicale au cours d'une amélioration nécessaire des systèmes d'aération.
  - La Tour Nord permet une instauration graduelle plus en douceur des activités et devrait alléger les coûts de fonctionnement transitoires et les interruptions de service.
- Le déménagement d'ATD sous les S.O. situées dans la Tour Nord, tout en améliorant le service aux S.O., peut nuire aux services offerts aux autres secteurs de l'Hôpital.
- L'emplacement du laboratoire régional à un nouvel endroit à aménager au niveau du podium du Campus Général entraîne des manques d'efficacité dans le transport de spécimens provenant d'organisations de l'extérieur. Le laboratoire actuel du Campus Civic semblerait mieux situé (niveau de la rue, réduit la circulation dans l'Hôpital) pour faciliter la réception de spécimens de la région (toutefois, nous n'avons pas analysé ou évaluer la faisabilité réelle de cette option).
- Nous sommes inquiets du fait que les propositions de

réaménagement du Campus Civic ne soient pas aussi bien planifiées que les deux autres campus. Le Département des urgences doit faire l'objet d'un réaménagement considérable, qui dérangera beaucoup les activités actuelles.

- L'âge du Campus Civic peut entraîner un certain nombre de coûts imprévus et de coûts qui s'ajoutent au fur et à mesure que le réaménagement et les rénovations sont effectués. Les coûts d'infrastructure peuvent être considérablement plus élevés que ceux qui sont présentement établis dans le programme fonctionnel.
- Le réaménagement des salles d'opération, d'intervention et de réveil du Campus Riverside est nécessaire s'il doit servir de site de chirurgie ambulatoire. Les installations actuelles sont petites, exiguës et inadéquates pour prodiguer des soins de qualité aux patients. Ces rénovations auraient dû être effectuées des années auparavant par l'hôpital qu'il a remplacé.

Les consultants partagent les mêmes préoccupations que le MSSLD a exprimé à LHO. L'absence de plan directeur exhaustif se traduira, dans l'avenir, par des propositions au cas par cas pour d'autres projets.

Comme exemple de demandes supplémentaires concernant un projet, mentionnons le programme de FIV. À la suite de la présentation du programme fonctionnel, LHO a soumis au MSSLD une demande de ressources en capital pour loger le programme FIV par l'ajout d'un 8^{e} étage au Campus Riverside. L'examen du programme fonctionnel de Women's Integrated Health établit que la superficie nécessaire a été déterminée. Toutefois, ces besoins en superficie ne se trouvent pas dans les modèles d'établissement des coûts propres aux sites. Des documents de planification interne révèlent que le programme FIV n'avait pas besoin de voisiner les autres éléments du service de santé intégrée des femmes et pourrait se trouver aux Campus Général ou Civic. Le nouveau document de planification présenté au MS traite de l'importance de faire cohabiter ce service et les autres éléments du programme à Riverside. L'élaboration d'un plan directeur complet n'aurait pas exclu le programme FIV.

En tant que tels, les programmes fonctionnels ne sont que partiellement achevés et doivent être terminés et coordonnés à un plan directeur. Les autres questions qui doivent faire l'objet du plan directeur (dont bon nombre ont été identifiées par

LHO comme points en suspens dans le plan directeur et l'étude de faisabilité de septembre 1998), puis du plan fonctionnel, comprennent les suivantes :

- Les programmes de priorité clinique doivent être intégrés au programme, et non traités comme des projets de départ. Cette façon de procéder permettra d'éviter de limiter les options dans les plans.
- Les possibilités éventuelles[168] de l'unification des centres de cancérologie au Campus Général et les répercussions sur les départements.
- L'impact de l'élargissement et du réaménagement possibles de l'Institut de cardiologie sur le Campus Civic.
- L'impact de l'élargissement et du réaménagement possibles du Centre de réadaptation Royal Ottawa sur le Campus Alta Vista.
- LHO devrait se pencher sur les autres secteurs suivants :
  - Un entrepôt central accompagné d'entrepôts satellites dans les campus.
  - La faisabilité d'installations de traitement centralisées d'ATD.
  - La faisabilité de la production/du montage de plateaux par les services alimentaires unifiés.

8.4 Répercussions fiscales du plan d'investissement

Il est clair que le programme fonctionnel s'appuie sur un plan d'aménagement et d'unification des services passablement différent de celui qui était envisagé par la CRSS. Ces différences contribuent directement aux écarts de coûts considérables entre les prévisions de la CRSS, les prévisions de coûts initiales de LHO, et les estimations de LHO sur les programmes fonctionnels. De plus, les prévisions de LHO comprennent des coûts qui sont exclus de la méthode d'établissement des coûts de la CRSS.

Le MSSLD a demandé à LHO de présenter un modèle des écarts qui expose expressément et clairement l'aménagement qui est une fonction des directives de la CRSS et qui y est directement lié, ceux qui sont liés aux directives de la CRSS et les aménagements non liés aux directives. Au moment de

[168] Tel que discuté avec le CO du Centre régional de cancérologie d'Ottawa.

l'examen réalisé par le consultant, LHO était encore engagé dans ce processus.

Compte tenu du fait que la méthode d'établissement des coûts de la CRSS n'englobe pas tous les coûts identifiés par LHO, nous établissons des comparaisons entre les estimations de coûts préparées par LHO dans le tableau suivant.

Estimations par LHO des coûts de réaménagement des installations

Catégorie de coût en capital	Estimation par LHO du modèle à 2 campus de la CRSS	Plan directeur et étude de faisabilité sur le modèle à 3 campus de LHO	Programme fonctionnel et autres estimations de coût[169]
Réaménagement	148,4 M $	121,0 M $	172,7 M $
Stationnement	17,7 M $	0,0 M $	23,0 M $
Laboratoire régional[170]	16,7 M $	17,2 M $	17,2 M $
Programme de FIV	0,0 $	0,0 M $	2,7 M $
Total	182,8 M $	138,2 M $	215,6 M $

Les coûts du programme fonctionnel de LHO et ses autres coûts de réaménagement des installations sont de 32,8 millions de dollars plus élevés que ceux du modèle à deux campus et de 77,4 millions de dollars plus élevés que ceux qui sont exposés dans le plan directeur et l'étude de faisabilité.

Un examen des coûts unitaires présentés dans le programme fonctionnel semblait être raisonnable et, par conséquent, ne semble pas contribuer aux coûts plus élevés[171]. LHO a rapporté que les coûts unitaires utilisés pour évaluer le modèle à deux campus et le plan directeur ainsi que l'étude de faisabilité s'appuyaient sur les méthodes d'établissement des coûts de la CRSS. Les coûts plus élevés au sein du programme fonctionnel sont donc vraisemblablement imputables à un ou plusieurs des éléments suivants :

- Une planification insuffisamment détaillée menant à des sous-estimations de l'ampleur et des facteurs de complexité connexes des projets de réaménagement des

[169] Les autres estimations de coûts englobent les frais de stationnement et de déménagement du programme de FIV tels que fournis par le Département des finances.

[170] Les coûts du laboratoire régional n'étaient pas compris dans l'estimation initiale du modèle à deux campus ou dans le plan directeur et l'étude de faisabilité.

[171] Au moment de notre examen, LHO a indiqué que les consultants en établissement des coûts auxquels on a eu recours pour établir les coûts du programme fonctionnel étaient Marshall Murray. Depuis, LHO nous a informé et a avisé le MSSLD que Marshall Murray a indiqué que les estimations du coût unitaire de LHO sont basses et que les coûts du réaménagement du programme fonctionnel seront plus élevés que ceux qui sont actuellement proposés.

installations. Les coûts des transferts et de l'unification des programmes n'ont pas été établis dans le plan directeur et l'étude de faisabilité de septembre (bien que LHO ait indiqué qu'il s'agissait de questions laissées en suspens).

- Un nombre plus élevé de services déplacés que ce qui avait été envisagé au départ.
- L'aménagement de plus d'espace entraîne une augmentation de coûts.
- Les coûts en capital associés à un modèle équilibré de services tertiaires dans les campus peuvent être plus élevés que l'option d'unification dans un campus. LHO a effectué une analyse du coût en capital appuyée par le rapport d'un consultant de l'extérieur[172] qui a comparé les coûts du réaménagement des Neurosciences au Campus Civic à ceux du Campus Général et a constaté que l'écart entre les deux se limitait à 2 % ou moins. Cependant, le présent rapport a également signalé ce qui suit :
  - Les estimations de coût représentaient les meilleures estimations de l'équipe de gestion d'un hôpital avec l'aide du consultant.
  - Les coûts seront actualisés.
  - L'équipe de gestion de l'Hôpital a confirmé qu'il existe d'autres solutions de rechange moins coûteuses, mais qu'elles ne représentent pas le modèle « idéal ».
- Les coûts accessoires équivalent à 23 % des coûts de construction (d'après la méthode de la CRSS) et augmentent au fur et à mesure que les coûts de construction augmentent. Note : L'indication récente faite par LHO de coûts unitaires supérieurs (d'après leur consultant en établissement des coûts) à ceux qui sont déjà dans leur programme fonctionnel entraînera également une augmentation de ces coûts.
- Les coûts de fournitures et d'équipement n'ont pas fait l'objet d'une analyse détaillée des exigences et des besoins et équivalent à 15 % des coûts de constructions (d'après la méthode de la CRSS) et augmenteront quand les coûts de construction augmenteront. Un examen exhaustif éventuel de ces exigences peut entraîner des estimations de coûts plus élevées ou plus basses.

[172] KPMG Management Consultants, Annexe 3 : Projected Clinical Service Distribution, Volume 1 TOH Functional Program, mars 2000

Nous sommes préoccupés du caractère non exhaustif de l'établissement des coûts figurant dans les documents et du fait que les coûts réels peuvent dépasser les prévisions actuelles (telles que confirmées récemment par les consultants en établissement des coûts de LHO). Les répercussions financières des estimations actuelles du coût du plan de réaménagement sont considérables, tel qu'exposé dans la section sur l'examen financier du présent rapport. L'Hôpital ne pourrait pas absorber les répercussions financières de dépassements de coût importants.

LHO a formulé plusieurs hypothèses en ce qui concerne le financement de ce réaménagement :

- Hypothèse 1 : le ministère de la Santé acquittera 70 % des coûts (à l'exclusion du stationnement)
  - Ce ne sont pas tous les plans de réaménagement qui répondent aux critères de partage des coûts 70-30 du MSSLD. Certains feront plutôt l'objet d'un partage à 50-50 et d'autres ne bénéficieront d'aucun partage. Par exemple, les coûts estimatifs de construction du laboratoire régional, de 17,2 millions de dollars, comprennent 1,2 million de dollars pour un système d'information du laboratoire. Toutefois, la politique actuelle du MSSLD ne comprend pas le partage des coûts des systèmes d'information. Comme nous l'avons indiqué précédemment, LHO est encore en train de déterminer la catégorie de construction applicable au projet de réaménagement.
- Hypothèse 2 : La Fondation de L'Hôpital d'Ottawa fournira 40 millions de dollars.
  - Une étude parrainée par LHO proposait qu'il serait possible d'atteindre un objectif de souscription de fonds de seulement 20 à 25 millions de dollars[173]. LHO a présumé que 5 millions de dollars supplémentaires par année pourraient être amassés après la campagne, soit un total de 40 millions de dollars.
- Hypothèse 3 : La municipalité régionale d'Ottawa-Carleton fournira 12 millions de dollars.

[173] Page 33, Annexe D, The Ottawa Hospital Functional Program, March 2000 Executive Summary

- Nous n'avons reçu aucun engagement à ce jour. LHO a présumé que 25 millions de dollars constituent, pour la région, une contribution raisonnable au réaménagement des installations dans tous les hôpitaux de la région et que la part de LHO dans ce financement s'établirait à environ 12 millions de dollars.

- Hypothèse 4 : Les fonds de roulement fourniront cinq millions de dollars.
  - LHO a présumé qu'il dégagerait des excédents de fonctionnement qui contribueraient à financer les coûts. L'hypothèse semble être fondée sur le fait que le MSSLD couvre les déficits de fonctionnement actuels et éventuels. Le programme fonctionnel prévoit qu'à l'achèvement de tout le réaménagement (de 7 à 10 ans), LHO sera positionné pour [Traduction] « *réaliser pleinement toutes les améliorations prévues au service envisagées par le processus de restructuration de la CRSS.* »

On peut s'interroger sur la viabilité et le caractère réaliste de ce plan étant donné le déficit de plus en plus gros, l'absence d'engagement formel de la région, les attentes peut-être trop ambitieuses en matière de souscription de fonds et les coûts de plus en plus élevés associés au processus de réaménagement.

8.5 Sommaire et recommandations

Nous appuyons les demandes du MSSLD selon lesquelles LHO devrait élaborer un plan directeur, des modèles détaillés des écarts et des programmes fonctionnels actualisés qui soutiennent le plan directeur. Le plan directeur devrait comprendre un établissement des coûts détaillé, les priorités, le calendrier de construction, un plan d'affectation et de désaffectation, et des liens avec les autres organisations qui se trouvent sur les campus.

Bien que LHO soit encore en train de déterminer la catégorie appropriée de construction[174] en rapport avec les directives de la CRSS, nous croyons que dans l'ensemble, le réaménagement va au-delà des directives de la CRSS et de l'esprit de l'aménagement des trois campus de LHO. De plus, nous sommes d'avis que l'ampleur du projet de réaménagement de LHO ne s'inscrit pas dans les capacités

[174] La CRSS a dirigé des projets de réaménagement liés et non liés.

financières de LHO et dans les politiques de financement des projets d'investissement du MSSLD.

En tant que tel, il faut restreindre l'ampleur globale du projet. LHO doit élaborer un plan de réaménagement comportant des priorités qui permette à LHO de donner suite aux principales directives de la CRSS qui sont clairement énoncées (comme le réaménagement du Département des urgences du Campus Civic) et de retarder les projets qui pourraient nécessiter des modifications à ces directives (comme le choix du site des services tertiaires au Campus Civic). Il pourrait en résulter un plan de réaménagement s'étalant sur une période plus longue que le plan actuel de 7 à 10 ans.

Recommandations :

(119) Le vice-président de la planification stratégique devrait élaborer un nouveau plan directeur de LHO qui englobe tous les plans actuels de programmes et services.

(120) Le vice-président de la planification stratégique devrait actualiser les programmes fonctionnels de manière à ce qu'ils reflètent le nouveau plan directeur de LHO.

(121) Le vice-président de la planification stratégique devrait veiller à ce que des modèles exhaustifs des écarts par rapport à la CRSS établis par LHO soient préparés conformément aux formats demandés par le MSSLD.

(122) Le vice-président de la planification stratégique devrait fixer les priorités en réaménagement de l'Hôpital qui reflètent les directives de la CRSS et les capacités financières réalistes de l'Hôpital.

(123) Le P.-D.G. et le MSSLD, de concert avec tous les locataires du Campus Alta Vista des sciences de la santé, devraient élaborer un plan d'aménagement du Campus Alta Vista des sciences de la santé.

9.0 Acquisition et mise en œuvre de systèmes d'information

9.1 Activités des SI et coûts à ce jour

En octobre 1998, les divisions des SI des anciens hôpitaux Civic, Général et Riverside ont fusionné, et un directeur de l'information a été nommé. Depuis, l'Hôpital a conduit diverses activités qui ont permis d'améliorer les systèmes d'information de l'institution. Ces activités et les progrès réalisés comprennent :

- Le recrutement d'une équipe de gestion et d'autres membres du personnel (l'Hôpital devait recourir très souvent aux services de sous-traitants externes en raison des difficultés de recrutement);
- La mise en œuvre des plans d'assurance de la conformité à l'an 2000;
- L'élaboration d'un plan d'intégration des systèmes des trois hôpitaux, comprenant les décisions d'abandonner certains projets menés à des campus particuliers (un grand nombre de projets de l'hôpital Civic) et de rendre accessibles aux autres campus les systèmes utilisés à un campus particulier;
- L'adoption d'une architecture de traitement de l'information et de plates-formes technologiques communes, notamment des réseaux locaux et de longue portée et un dépôt de données;
- La mise en œuvre du système de gestion des finances, des comptes clients et du matériel (FARMM) d'Oracle;
- La mise en œuvre d'un système d'informations cliniques (OACIS) comprenant un dépôt de données et l'intégration des données de différents types provenant de sources diverses.

Bien que l'Hôpital ait réalisé des progrès considérables au cours des deux dernières années, plusieurs questions doivent toujours être abordées et les occasions d'améliorer les systèmes ne manquent pas :

- L'Hôpital a affecté des fonds ponctuels et de fonctionnement considérables pour assurer la conformité de ses systèmes à l'an 2000 et a réussi à obtenir une certaine intégration et uniformisation des systèmes d'un

campus à l'autre. Notamment, le coût de la mise en œuvre du système FARMM s'est chiffré entre 18 et 19 millions de dollars et, a posteriori, le choix aurait pu s'arrêter sur d'autres systèmes moins coûteux et aussi efficaces[175]. Toutefois, l'Hôpital signale que cette option était la seule solution acceptable pour les parties intéressées au moment de la prise de décision.

- Le choix de procéder à la fusion dans le contexte des besoins associés au bogue de l'an 2000 et des plans ou projets en cours dans les différents hôpitaux a obligé les gestionnaires à prendre rapidement certaines décisions. Par exemple, si la fusion des hôpitaux avait eu lieu deux ans plus tôt, une meilleure planification et mise en œuvre des systèmes intégrés aurait vraisemblablement permis de réduire les coûts.
- Bien que certains systèmes soient en place à deux ou trois campus, ils sont généralement des versions distinctes du même logiciel; l'Hôpital prévoit fusionner les bases de données des différents campus pour assurer la constance et la continuité des données, y compris l'établissement de codes d'identification de patient uniques et la mise en œuvre du système AOCIS pour profiter des avantages liés à l'utilisation d'informations cliniques intégrées.
- Certains systèmes utilisés dans les anciens hôpitaux seront remplacés, notamment les systèmes Meditech de l'hôpital Riverside.
- À l'heure actuelle, 12 postes associés aux systèmes d'information sont vacants, en raison des difficultés de recrutement et de rétention de personnel, associées particulièrement au marché des emplois de haute technologie dans la région d'Ottawa. Bien que LHO ait dû se tourner vers des sous-traitants externes par le passé pour occuper les postes vacants, cette dépendance est de moins en moins forte.

En prenant en considération le choix du moment de la fusion, le besoin d'intégration et de communication entre les campus et les enjeux associés à la conformité à l'an 2000, nous croyons que les décisions prises par les administrateurs de l'Hôpital étaient prudentes.

---

[175]. La décision de procéder à la mise en œuvre du système FARMM a été prise avant la fusion qui a donné naissance à L'Hôpital d'Ottawa. Même si les cadres supérieurs en poste à l'heure actuelle ne sont pas responsables de la décision, ils doivent tout de même évaluer la rentabilité et l'efficacité du système FARMM.

Si la fusion avait eu lieu avant l'avènement du bogue de l'an 2000, les administrateurs auraient pu consacrer davantage de temps à l'évaluation de la situation, à la préparation de plans et à la mise en œuvre d'une stratégie de changement. S'ils avaient disposé de plus de temps, ils auraient vraisemblablement pu éviter certaines étapes (par exemple, procéder à la mise en œuvre des systèmes intégrés en une seule étape plutôt qu'à l'implantation de versions distinctes du même logiciel) et réduire les coûts (par exemple, éviter la nouvelle conception et la réparation des systèmes en raison du bogue de l'an 2000).

L'Hôpital a évalué la possibilité d'utiliser le système de l'hôpital Riverside à l'échelle de l'organisation, mais cette option a été jugée irréalisable et indésirable en raison des préoccupations associées à la fonctionnalité, à l'intégration ou à la facilité d'accès des systèmes ainsi qu'au bogue de l'an 2000 et aux besoins en matière d'intégration. Il est important de remarquer que le coût de mise en œuvre de cette solution n'aurait vraisemblablement pas été moins élevé que celui de l'option choisie.

Le tableau suivant présente un historique des dépenses d'immobilisations reliées aux systèmes d'information. Les dépenses encourues à l'Institut de cardiologie ne figurent pas dans le budget de 2000/2001, mais étaient incluses dans les budgets des années précédentes. Les dépenses d'immobilisations comprennent, entre autres, les coûts de l'équipement informatique, des permis d'utilisation de logiciel et du câblage ainsi que les autres coûts ponctuels tels que les services d'un sous-traitant et les dépenses des fournisseurs.

Figure 9.1
Dépenses d'immobilisations des SI au cours des quatre dernières années

	1997/1998	1998/1999	1999/2000	Budget 2000/2001	Total
Conformité des systèmes administratifs à l'an 2000	411 141 $	9 193 097 $	5 861 539 $		15 465 777 $
Système FARMM (coût de la conformité des systèmes à l'an 2000 au cours des années précédentes)				3 000 000 $	
Conformité des systèmes cliniques à l'an 2000	1 575 985 $	3 782 989 $	3 808 430 $		9 167 404 $
Systèmes cliniques – nouveaux ou mis en œuvre				4 334 501 $	
Conformité des services techniques à l'an 2000	1 916 829 $	1 297 503 $	1 927 484 $		5 141 816 $
Immobilisations	465 657 $	304 874 $	1 220 121 $	1 679 785 $	3 670 437 $
Autres projets	8 061 559 $	2 970 181 $		140 714 $	11 172 454 $
Dépenses d'immobilisations totales	12 431 171 $	17 548 644 $	12 817 574 $	9 155 000 $	51 952 389 $
Remboursement des coûts associés à la conformité à l'an 2000					-14 532 426 $
Coût net					37 419 963 $

Les dépenses d'immobilisations ont atteint un sommet en 1998/1999 en raison des coûts associés au bogue l'an 2000. Ces coûts comprennent la valeur des articles remboursés, qui est inférieure à 50 % des coûts réels comptabilisés par l'Hôpital; la différence est associée au coût des systèmes d'informations non cliniques.

Le tableau suivant présente les dépenses annuelles de fonctionnement. Remarque : L'Hôpital a commencé l'amortissement du logiciel en 1998/1999 (plan d'amortissement de cinq ans); les données de l'Institut de cardiologie sont incluses dans les budgets de 1996/1997 à 1999/2000 (ce qui correspond à des dépenses de fonctionnement nettes d'environ 1,2 million de dollars en 1999/2000).

Figure 9.2
Balance de vérification du SGI du ministère de la Santé (rapports ministériels de 2000/2001)

	1996/1997	1997/1998	1998/1999	1999/2000	Budget de 2000/2001	% de variation par rapport à 1996/1997
Recouvrements $	(1 298 266 $)	(866 497 $)	(692 639)	15 246 $	(683 000 $)	-47,4 %
Salaires $	4 925 237 $	5 743 133 $	7 204 700 $	7 547 382 $	9 348 101 $	89,8 %
Coûts variables étrangers à la main-d'œuvre	1 946 375 $	1 919 803 $	927 547 $	703 122 $	899 114 $	-53,8 %
Logiciel imputé (64030) et conception de systèmes (65060)	1 492 423 $	554 554 $	1 408 048 $	2 771 099 $	2 195 286 $	47,1 %
Maintenance (71000 et 73000)	3 107 298 $	2 572 741 $	2 561 823 $	2 411 940 $	3 668 740 $	18,1 %
Dépréciation/Amortissement/ Équipement mineur	1 386 664 $	4 380 697 $	8 063 777 $	12 162 721 $	8 010 082 $	477,7 %
Dépenses de fonctionnement brutes	12 857 997 $	15 170 928 $	20 165 895 $	25 596 264 $	24 121 323 $	87,6 %
Dépenses de fonctionnement nettes	11 559 731 $	14 304 431 $	19 473 256 $	25 611 510 $	23 438 323 $	102,8 %
ÉTC payés	88,9	105,2	122,6	128,8	146,1	64,4 %

La variation des dépenses de fonctionnement est attribuable à plusieurs facteurs :

- Les recouvrements ou revenus des années précédentes reliés à la vente de services, dorénavant plus offerts (tels que les coûts d'utilisation d'ordinateurs), à d'autres hôpitaux; le recouvrement de 2000/2001 est associé à la reddition des comptes de l'Institut de cardiologie.
- La hausse du nombre d'employés est attribuable à l'augmentation des besoins d'assistance qui découlent de la taille plus grande et de l'infrastructure plus complexe des systèmes. Remarque : Le nombre réel d'ÉTC en 2000/2001 sera vraisemblablement nettement inférieur aux prévisions en raison des postes vacants (certains de ces postes sont occupés par des sous-traitants).
- Les coûts d'amortissement et de maintenance sont attribuables en grande partie aux dépenses d'immobilisations, qui ont atteint des niveaux record en 1998/1999 et 1999/2000 à la suite des activités d'intégration, d'infrastructure et d'assurance de la conformité à l'an 2000. Les coûts de maintenance ont augmenté au terme de la garantie des nouveaux systèmes. Les coûts d'amortissement ont commencé à baisser

puisque le plan d'amortissement de certains articles a pris fin.

Les dépenses d'immobilisations ont une incidence sur les liquidités disponibles et le fonds de roulement de l'Hôpital et, en bout de ligne, influent sur les frais d'intérêt et la capacité d'emprunt. De plus, les dépenses d'immobilisations ont un effet sur l'amortissement en cours (trois ans pour l'équipement informatique et cinq ans pour les logiciels ou autres articles) et les coûts de maintenance.

Les dépenses de fonctionnement des SI, exprimées sous forme de pourcentage des dépenses de fonctionnement nettes de l'Hôpital (après déduction des recouvrements et excluant les crédits additionnels), ont été comparées à celles des autres hôpitaux :

Figure 9.3
% des dépenses de fonctionnement de l'Hôpital attribuables aux SI

	Équipement / logiciel	Autre	Total
LHO 1996/1997	1,42 %	1,32 %	2,74 %
LHO 1997/1998	1,78 %	1,62 %	3,40 %
LHO 1998/1999	2,62 %	1,62 %	4,24 %
LHO 1999/2000	3,48 %	1,66 %	5,14 %
Hôpitaux semblables 1999/2000 :			
- Sunnybrook et Women's	1,14 %	3,89 %	5,03 %
- Hôpital Mount Sinai	3,19 %	1,42 %	4,61 %
- London Health Sciences Centre	2,17 %	1,89 %	4,06 %
- University Health Network	2,19 %	1,60 %	3,79 %
- Hamilton Health Sciences Centre	1,44 %	1,56 %	3,00 %
- Hamilton St. Joseph's	1,05 %	1,93 %	2,98 %
- Hôpital St. Michael's	0,70 %	1,33 %	2,03 %

Les résultats réels varient selon l'exhaustivité des rapports sur les dépenses des SI présentés par les hôpitaux, le moment choisi pour procéder à d'importants investissements (bogue de l'an 2000, intégration, mise en œuvre de nouvelles stratégies ou de nouveaux systèmes) et les pratiques d'amortissement des différents hôpitaux (plan annuel, articles capitalisés, etc.). Bien que LHO présente le pourcentage le plus élevé parmi ces hôpitaux en 1999/2000, les dépenses de fonctionnement sont attribuables aux coûts de l'équipement informatique et des logiciels[176], qui ont nettement augmenté pour LHO à la suite

[176] Les coûts de l'équipement et des logiciel comprennent les logiciels imputés à l'exercice (code de dépenses MIS 64030), le développement de logiciels

des investissements de capitaux. Le choix du moment de la fusion dans le contexte des projets en cours dans les autres hôpitaux et du bogue de l'an 2000 peut influer sur les dépenses d'immobilisations (et les dépenses de fonctionnement associées) de LHO; en octobre 1998, les initiatives des hôpitaux remplacés, visant à assurer la conformité à l'an 2000, ont dû être abandonnées ou rapidement évaluées dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du plan d'intégration et de conformité à l'an 2000. Si la fusion avait eu lieu plus tôt, les organisations auraient pu réagir plus rapidement et être en meilleure position pour évaluer les plans d'assurance de la conformité à l'an 2000 et les besoins d'intégration. Elles auraient également pu répartir les coûts sur les exercices financiers précédents, bien que les effets de l'amortissement et de la maintenance seraient toujours évidents sur les dépenses de fonctionnement à l'heure actuelle. LHO occupe la position médiane en ce qui concerne le pourcentage des autres dépenses de fonctionnement des SI.

9.2 *Évaluation du coût futur des activités associées aux systèmes d'information*

Le coût futur des systèmes d'information devrait dépendre des caractéristiques suivantes et présenter les variations suivantes par rapport au budget de 1999/2000 :

- Les dépenses d'immobilisations et de fonctionnement sont dictées par les projets, la portée de l'informatisation et les besoins d'assistance.
- D'après les estimations préliminaires de l'Hôpital, les dépenses d'immobilisations de 2001/2002 (certaines de ces dépenses sont réparties sur plus d'une année) comprennent :
  - 900 000 $ pour l'infrastructure (réseau, serveurs d'application, nouveaux ordinateurs et nouvelles imprimantes);

(65060), les dépenses d'équipement (de 71000 à 79000, sauf 72000 (maintenance de l'équipement médical)) et certaines dépenses de gestion des immeubles et des terrains : remplacement de pièces importantes (93000), équipement de service d'immeuble (95060), équipement important (95080) et gain/perte associé à la cession (95100). [Les dépenses de la série 90000 ne sont pas distribuées et n'apparaissent pas systématiquement dans les centres fonctionnels des systèmes d'information.] Les dépenses de fonctionnement « Autres » comprennent toutes les autres dépenses, principalement les salaires et les frais ainsi que diverses dépenses internes et accessoires telles que les approvisionnements, les frais de communication, de déplacement.

  - Deux millions de dollars injectés dans des projets indispensables (mises à niveau et remplacements, y compris 450 000 $ pour l'achat d'ordinateurs et d'imprimantes, améliorations du câblage (500 000 $), mises à niveau des logiciels, de l'ordinateur central et des applications bureautiques et serveurs de courriel); certaines de ces dépenses ont été reportées de l'exercice financier 2000/2001;
  - Achèvement de la mise en œuvre du système FARMM (800 000 $);
  - Initiatives E-SMART (2,1 millions de dollars), comprenant l'extension/amélioration du système OACIS et l'intégration du système d'informations cliniques SMS;
  - 400 000 $ au cours de 2001/2002 pour la mise en œuvre d'un version institutionnelle du système de données de laboratoire.

- D'autres projets d'investissement potentiels à long terme sont étudiés par l'Hôpital et devraient être incorporés dans les phases appropriées de la stratégie. À ce jour, le principal projet est la mise en œuvre d'un système d'archivage et de transmission d'images (SATI, 7 millions de dollars) utilisé pour prendre en charge les images diagnostiques numériques. D'autres projets potentiels comprennent la mesure de la charge de travail et l'attribution des coûts par cas, et d'autres projets de plus faible envergure sont actuellement à l'étude.
- Les dépenses d'immobilisations récurrentes déterminées par les directeurs des SI et les consultants comprennent :
  - Le remplacement des ordinateurs personnels et des imprimantes aux cinq ans, à un coût estimé d'environ 1 million de dollars par année;
  - Le remplacement ou la mise à niveau de l'infrastructure aux trois à quatre ans (environ 1 million de dollars par année en général);
  - Les mises à niveau des logiciels bureautiques et le remplacement de certains systèmes actuels.
- Nous prévoyons que les dépenses d'immobilisations annuelles, même si elles sont permanentes, devraient se stabiliser aux niveaux connus avant l'avènement du bogue de l'an 2000. Cette stabilisation dépend toutefois des projets précis qui font partie de la stratégie des SI de l'Hôpital.

- Les réductions potentielles des dépenses de fonctionnement futures comprennent :
  - L'examen des contrats de soutien au matériel informatique (contrats d'une valeur d'environ 400 000 $ en 1999/2000; d'autres économies pourraient être réalisées);
  - Les économies réalisées au terme des contrats de maintenance de logiciels à la suite du remplacement des systèmes (par exemple, le système Meditech est remplacé par des systèmes internes), évaluées par l'Hôpital à 313 000 $ d'ici à 2002/2003;
  - Un ÉTC de moins en raison de l'abandon du système Meditech, de même qu'une économie de 57 000 $ associée à la maintenance annuelle du matériel informatique (déterminée par l'Hôpital);
  - La diminution du recours à la sous-traitance et aux heures supplémentaires nécessaire durant les périodes du bogue de l'an 2000 et de la transition (fusion), notamment le retrait de 945 000 $ (déterminé par l'Hôpital) du budget de 2001/2002 en raison de l'expiration du contrat de soutien technique du système Oracle (d'autres employés ont été engagés pour assurer le soutien technique des systèmes internes en 2000/2001), et une réduction globale de 200 000 $ (pour revenir aux niveaux de 1998/1999, un niveau cible suggéré par les consultants);
  - La mise en œuvre d'une configuration de bureau constante (mêmes versions des systèmes d'exploitation et des logiciels bureautiques) et la mise à niveau de ces versions au moyen du réseau (plutôt que poste par poste) devraient être effectuées sur une période de 18 mois et permettront de libérer environ quatre techniciens (déterminé par l'Hôpital). Toutefois, ces postes libérés devront vraisemblablement être occupés d'ici là pour assurer le soutien continu aux systèmes internes élargis;
  - Grâce aux occasions susmentionnées, l'Hôpital devrait réaliser des économies d'environ 1,15 million de dollars en réduisant ses dépenses de fonctionnement associées au recours à la sous-traitance et aux heures supplémentaires en 2001/2002, et de 400 000 $ additionnels en raison de l'annulation de contrats de maintenance en vigueur jusqu'en 2002/2003.
- Les dispositions de partage des dépenses (recouvrement de

683 000 $ en 1999/2000) avec l'Institut de cardiologie (IC) devraient être examinées dans le contexte des systèmes utilisés par l'IC, du degré de soutien et des dépenses partagées. Une augmentation des recouvrements provenant de l'IC pourrait en résulter.

Les plans futurs de l'Hôpital sont orientés vers des projets, des investigations et des besoins précis, tout en assurant la constance au sein de l'organisation et les améliorations à l'infrastructure, y compris l'intégration des systèmes et des communications. Bien que tous s'entendent sur le bien-fondé apparent de ces plans, il est crucial pour l'Hôpital d'élaborer une stratégie dynamique à l'égard des ressources informationnelles qui lie les plans en matière de technologie et d'information aux plans d'activité et établit une orientation en vue de fixer les objectifs à l'égard des systèmes d'information[177].

En ce qui concerne les objectifs à l'égard dépenses futures, nous suggérons que l'Hôpital prévoit un budget de dépenses de six à neuf millions de dollars pour tout exercice financier. Ce niveau de dépenses permettrait de procéder de façon continue à la mise à niveau ou au remplacement des systèmes et aux améliorations de l'infrastructure, ainsi qu'à la mise en œuvre de nouveaux systèmes et projets (selon la stratégie des SI) et au maintien du niveau approprié des investissements en matière de SI pour générer des retombées et des avantages pour l'Hôpital.

À la lumière des résultats et des objectifs susmentionnés, nous croyons qu'il est possible de réduire les dépenses de fonctionnement futures (en dollars de 2000/2001). Elles devraient être réduites de 23,4 millions de dollars par rapport au budget de 2000/2001 (18,45 millions de dollars après la déduction des recettes compensatoires associées au bogue de l'an 2000[178]). Des économies peuvent découler d'une réduction du recours à la sous-traitance et aux heures supplémentaires en 2001/2002 (au moins 1,15 million de dollars), d'une diminution du nombre de contrats de

---

[177] Nous comprenons que le plan stratégique des SI est à l'étape de l'élaboration. Ce processus devrait être accéléré en raison de l'importance des SI dans le succès de la fusion et du fonctionnement de l'Hôpital.

[178]. Les revenus associés au bogue de l'an 2000 sont amortis sur une période de trois ans, dans le centre fonctionnel « Équipement important » de l'Hôpital. Cette mesure équivaut à un recouvrement d'amortissement correspondant à 4,988 millions de dollars en 1999/2000 et 2000/2001. L'amortissement complet des coûts associés au bogue de l'an 2000 (qui sont environ deux fois plus élevés que le montant remboursé) annulera les recettes compensatoires.

maintenance en 2002/2003 (400 000 $ additionnels) et d'un ÉTC en 2002/2003 relié aux systèmes d'informations cliniques Meditech (environ 60 000 $). Toutefois, celles-ci seraient annulées par l'augmentation du nombre d'ÉTC prévue dans le budget de 2000/2001 pour faire face à la réduction du recours à la sous-traitance externe ou aux services acquis et aux heures supplémentaires. De plus, les coûts de dépréciation et d'amortissement annuels (après la déduction des revenus associés au bogue de l'an 2000) devraient être maintenus au même montant figurant dans le budget de 2000/2001, puisque les plans d'amortissement des investissements mis en œuvre en 1998/1999 et 1999/2000 prendront fin. Il faut toutefois prévoir une hausse des coûts de maintenance/amortissement en raison de l'augmentation de l'importance des applications logicielles futures (selon la stratégie des SI et les projets précis). Le tableau ci-dessous présente nos objectifs à l'égard des dépenses de fonctionnement des deux prochains exercices financiers, ainsi qu'une comparaison des coûts réels et des ÉTC par rapport à l'exercice financier de 1999/2000 :

Figure 8.4
Objectifs recommandés à l'égard des dépenses de fonctionnement futures (dollars de 2000/2001)

Objectifs de dépenses de fonctionnement futures (dollars de 2000/2001)	Dépenses réelles 1999/2000	Budget de 2000/2001	2001/2002	2002/2003	2002/2003 - 1999/2000	Commentaires
Recouvrement $	15 246 $	(683 000 $)	(683 000 $)	(683 000 $)	(698 246 $)	Augmentation potentielle des recouvrement de l'IC
Salaires $	7 547 382 $	9 348 101 $	9 148 101 $	9 084 101 $	1 536 719 $	Combler les postes vacants pour faire face au recou réduit à la sous-traitance et aux services acquis. Réduire les heures supplémentaires aux niveaux de 1898/1999 (2001/2002; éliminer 1 ÉTC relié au système Meditech
Coûts variables non associés à la main-d'œuvre	703 122 $	899 114 $	899 114 $	899 114 $	195 992 $	
Logiciels imputé (64030) et développement de logiciels (65060)	2 771 099 $	2 195 286 $	1 250 286 $	1 250 286 $	(1 520 813 $)	Moins de sous-traitance, par ex. 945 000 $ Pour le soutien du système Oracle
Maintenance (71000 et 73000)	2 411 940 $	3 668 740 $	3 668 740 $	3 668 740 $	1 256 800 $	Peut changer avec la réduction du nombre de contrats ou la hause du nombre de systèmes
Dépréciation/Amort./Équip. mineur (excluant les revenus associés au bogue de l'an 2000)	7 174 540 $	3 021 901 $	3 021 901 $	3 021 901 $	(4 152 639 $)	Stable au niveau de 2000/01 (post an 2000)
Dépenses de fonctionnement brutes	20 608 083 $	19 133 142 $	17 988 142 $	17 924 142 $	(2 683 941 $)	
Dépenses de fonctionnement nettes	20 623 329 $	18 450 142 $	17 305 142 $	17 241 142 $	(3 382 187 $)	
ÉTC payés	128,8	146,1	143,2	142,2	13,4	Réduction des heures sup. et de 1 ÉTC (Meditech)

L'atteinte de ce niveau de dépenses ferait passer le pourcentage des dépenses de fonctionnement de l'Hôpital associées aux SI (après déduction du remboursement des dépenses reliées au bogue de l'an 2000) à environ 3,9 % en 2003/2004 (fondé sur les dépenses de fonctionnement actuelles de 444 592 000 $), ce qui correspond davantage au

pourcentage signalé par les autres hôpitaux d'enseignement[179]. Bien qu'un grand nombre de variables puissent influer sur les coûts, l'Hôpital est en mesure de maîtriser les dépenses futures en continuant à améliorer ses opérations et à réduire les coûts, en misant sur une stratégie en matière de SI et en s'efforçant de mettre en œuvre cette stratégie et d'éviter les projets spéciaux.

9.3 Conclusions et recommandations

Les hôpitaux doivent maintenir leurs investissements dans le domaine des technologies de l'information et des systèmes informatique pour permettre à la fois la prestation de soins aux patients et la mise en œuvre de nouveaux processus et, en bout de ligne, appuyer la prestation de services axés sur le patient au sein d'organisations multiples. Les hôpitaux doivent s'assurer de profiter au maximum de ses investissements pour obtenir des résultats valables tels que la prestation plus efficace et en temps opportun de soins aux patients, des processus rationalisés, la cybersanté (accent sur l'autonomisation des consommateurs) et les mesures visant à surmonter les barrières géographiques et temporelles. Ils doivent également s'assurer d'obtenir des résultats financiers fondés sur l'efficience clinique et l'amélioration de la productivité. Les conclusions particulières découlant de cet examen comprennent les suivantes :

- L'Hôpital a surmonté les difficultés associées au bogue de l'an 2000, établi de bonnes infrastructures, mis en œuvre un système de dépôt de données cliniques (OACIS) qui présente un potentiel intéressant sur le plan clinique (notamment la liaison possible à un réseau communautaire d'information sur la santé) et commencé le remplacement des anciens systèmes par des systèmes d'information internes améliorés;
- Beaucoup de travail reste à faire, y compris l'achèvement du remplacement des systèmes par des systèmes internes, l'achèvement des systèmes d'informations financières et l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan stratégique formel en matière de systèmes d'information pour diriger la mise en œuvre des systèmes d'informations cliniques;

[179] Les hôpitaux semblables pourraient voir ce paramètre augmenter à la suite d'investissements dans le domaine des SI en vue d'appuyer leurs activités futures.

- La rentabilité du système FARMM (Oracle) est discutable. Toutefois, à l'heure actuelle, le système est installé (un peu de travail reste à faire pour terminer l'installation) et opérationnel. L'Hôpital devrait évaluer les coûts permanents et les avantages de ce système et s'assurer que les investissements continus produisent des résultats (par exemple : soutien aux processus restructurés, informations en temps réel à l'intention des gestionnaires, renseignements en vue de faciliter la prise de décisions);
- Les récentes dépenses ont été induites par les besoins d'assurer la conformité des systèmes à l'an 2000, l'amélioration de l'infrastructure et le remplacement des anciens systèmes par une architecture commune et des systèmes internes. Ces dépenses, notamment les dépenses d'immobilisations et les coûts d'amortissement, devraient diminuer et revenir aux niveaux où elles étaient avant l'avènement du bogue de l'an 2000;
- L'Hôpital élaborera une stratégie en matière de SI pour aider à établir les lignes directrices générales futures; celle-ci devrait mettre l'accent sur le consommateur et comprendre une perspective extramurale (par exemple : mise en commun de données longitudinales avec d'autres organisations) ainsi que prévoir un processus de mise à niveau annuelle pour pouvoir faire face aux changements de circonstances, de priorités et d'occasions;
- L'Hôpital devrait s'assurer de miser sur les technologies de l'information pour obtenir des résultats et des avantages, tels que le soutien à l'efficience clinique et les améliorations de la productivité, la restructuration des processus et les services de santé intégrés; cette mesure comprend l'évaluation des ressources pour en tirer le maximum d'avantages;
- Il est envisageable de mettre en commun de l'information et peut-être des systèmes avec d'autres hôpitaux et d'autres organisations de la région, en visant principalement l'amélioration des soins aux patients. L'Hôpital ne veut pas projeter l'image d'une organisation cherchant simplement à vendre des services ou à prendre la relève du système de soins de santé;
- Les SI peuvent continuer à éprouver des difficultés à recruter/retenir du personnel, étant donné la situation du marché des emplois de haute technologie dans la région d'Ottawa.

Recommandations :

(124) Le vice-président – Services d'information devrait réduire les dépenses associées à la maintenance logicielle, aux services acquis et aux heures supplémentaires, conformément à la planification.

(125) Le vice-président – Services d'information devrait élaborer un plan d'investissement à long terme en matière de SI qui tient compte des besoins de niveau élevé formulés dans une stratégie des SI, des plans d'activités institutionnels ainsi que d'un niveau durable et réaliste d'investissements continus dans le domaine des SI (y compris la mise à niveau constante des systèmes actuels et la mise en œuvre des initiatives de première priorité).

(126) Le vice-président – Services d'information devrait évaluer les ressources informatiques actuelles en fonction de la valeur et des avantages réalisés/potentiels, ainsi que de la rentabilité du système FARMM en particulier.

(127) Le directeur général et le vice-président – Services d'information devraient s'assurer que les avantages découlant des SI sont planifiés et réalisés, en misant principalement sur les SI pour améliorer l'efficacité et l'efficience de l'Hôpital et du système de soins de santé.

10.0 Impacts de la restructuration sur les ressources humaines

10.1 Stratégies de réaménagement des effectifs et mise en œuvre

Le Département des ressources humaines a fait face à de nombreux défis au cours de la fusion des trois hôpitaux et composer avec les mutations d'un campus à l'autre qui en ont résulté. Ceci a entraîné une augmentation du nombre de services offerts et de transactions effectuées par le Département de RH destinés à une clientèle d'environ 9 200 employés.

Chaque division du Département des RH a adopté différentes stratégies pour répondre aux besoins de la clientèle au meilleur de leur capacité. Les efforts et les initiatives de chaque division pour faire face aux exigences reliées à la fusion et les investissements associés sont décrits brièvement dans les paragraphes suivants.

10.1.1 Division de la dotation en personnel, de la formation et du perfectionnement et des langues officielles

La charge de travail reliée au recrutement et à la sélection (c.-à-d., mutations, affichage de postes et embauche) a augmenté de 46 % (de 2 832 à 4 136) au cours de la période de 1998/1999 à 1999/2000, avec 28 % (1 158) des transactions correspondant à l'embauche de nouveaux employés de l'Hôpital. De ce nombre, 361 infirmiers ou infirmières ont été engagé(e)s en 1998/1999 (y compris les employés occasionnels, à temps partiel et à temps plein) et 357 l'ont été en 1999/2000 (ces chiffres ne comprennent pas les nouveaux employés engagés au campus Riverside pendant les deux périodes).

En raison des difficultés à attirer des infirmiers ou infirmières autorisé(e)s (il existe un important déséquilibre entre le nombre d'infirmiers et infirmières disponibles et le nombre de postes à combler en soins infirmiers), LHO a élaboré une stratégie de recrutement ciblant le personnel infirmier. La stratégie comprend un programme de « bonus à la signature » et de « prime à l'intermédiaire » visant à embaucher des infirmiers et infirmières autorisé(e)s à temps partiel ou à temps plein. Le « bonus à la signature » est un montant de 2 000 $ payé en quatre versements :

- 500 $ à la signature de la lettre d'offre;
- 500 $ au terme de la période de probation de trois mois;
- 500 $ au terme de la première année d'emploi;
- 500 $ au terme de la deuxième année d'emploi.

Le programme de « prime à l'intermédiaire » encourage les recommandations de la part des employés. En d'autres mots, si un infirmier ou une infirmière autorisé(e) est engagé(e) à la suite d'une recommandation, l'employé à l'origine de la recommandation recevra 700 $ en quatre versements :

- 200 $ immédiatement après la date d'embauche;
- 200 $ au terme de la période de probation de trois mois du nouvel employé;
- 150 $ à l'anniversaire de la première année d'emploi du nouvel employé;
- 150 $ à l'anniversaire de la deuxième année d'emploi du nouvel employé.

Ces programmes ont été mis en œuvre en février 1999. Il est trop tôt pour commenter le succès de ces deux programmes à attirer du nouveau personnel infirmier à l'hôpital. Mais ce type de programme est couramment utilisé dans la région d'Ottawa-Carleton par le secteur des hautes technologies en raison du taux de croissance extrêmement élevé des entreprises dans ce domaine. Ces entreprises utilisent des bonus à la signature pour recruter des infirmiers et infirmières spécialisé(e)s en hygiène industrielle.

Durant cette période de forte activité, le secteur du recrutement et de la sélection de la Division a réduit son personnel de 21 à 17,5 ÉTC (soit une baisse de 17 %) dans le cadre d'un exercice de rationalisation à l'échelle de l'organisation.

Le personnel de la Division de la dotation en personnel, de la formation et du perfectionnement et des langues officielles a participé à de nombreuses initiatives découlant de la fusion. Ces initiatives comprennent les suivantes :

- La fusion des séances d'orientation distinctes existantes pour former une séance d'orientation institutionnelle visant à transmettre des renseignements sur le nouvel hôpital;
- La création d'un programme de formation en langue seconde pour répondre aux exigences de la prestation de services uniques désignés dans les deux langues officielles

sur tous les campus;

- L'établissement d'un programme institutionnel de prix de rétention et de service prolongé pour récompenser le service continu des employés à l'emploi de l'hôpital depuis plusieurs années au cours de la turbulente période de la fusion;
- L'administration d'un programme d'évaluation du bilinguisme visant à évaluer la capacité des employés à offrir des services uniques désignés.

Un investissement en temps consacré par le personnel de la division et correspondant à environ 669 500 $ a été fait pour appuyer les activités de restructuration. La liste suivante présente ces activités reliées à la fusion menées au sein de la division durant la période :

• Soutien à la mutation, coûts de la formation et du perfectionnement, nouvelle formation destiné au personnel muté d'un campus à l'autre	5 000 $
• Modifications des formulaires de recrutement/dotation en personnel et des applications	12 000 $
• Élaboration et mise en œuvre du programme d'orientation institutionnel	61 000 $
• Élaboration et prestation du cours institutionnel de langue seconde	75 000 $
• Élaboration et mise en œuvre de programmes institutionnels de rétention tels que le prix récompensant le service prolongé (comprenant un budget de cadeaux de 120 000 $)	155 500 $
• Formation sur les logiciels d'ordinateur de bureau, inscription automatisée au séance de formation, fusion de bases de données de recrutement, maintenance	80 000 $
• Évaluation du bilinguisme du personnel de LHO (budget pour les évaluations et les mesures de suivi)	175 000 $

- Élaboration du matériel de communication (p. ex., matériel promotionnel destiné au recrutement de personnel infirmier, mise en valeur de la réputation de LHO en tant qu'employeur) 18 000 $
- Participation du personnel aux activités de réaménagement des effectifs (p. ex., prise en charge des mutations entre les campus) 88 000 $
- TOTAL : 669 500 $

Les coûts annuels permanents estimatifs de ces activités sont les suivants :

- Mise en œuvre du programme d'orientation institutionnel 20 500 $
- Prestation du cours institutionnel de langues officielles 32 000 $
- Administration des programmes de rétention 122 500 $
- Maintenance de la base de données du recrutement 3 000 $
- TOTAL : 178 000 $

10.1.2 Division des relations de travail

À la suite de la fusion, le personnel de la Division des relations de travail s'est assuré du bon déroulement des mutations de personnel entre les programmes et les campus et a réuni les seize conventions collectives pour en former trois sous la responsabilité de trois principaux groupes de négociation, soit l'ONA, le SCFP et le SEFPO. La nouvelle convention collective de l'ONA a été signée en janvier 2000, une entente a été conclue en novembre 2000 avec le SCFP et une négociation collective avec le SEFPO est en cours.

À l'échelle de l'organisation, le nombre de griefs déposés en 1999 a augmenté de 60 % par rapport à 1998 (de 241 à 404) :

- En 1999, le nombre de griefs déposés en vertu de la convention collective de l'ONA a augmenté de 35 %, passant de 65 à 88. La principale hausse a été observée au Campus Général avec une augmentation de 112 % du nombre de griefs (de 25 à 53).
- En vertu de la convention collective du SCFP, le nombre total de griefs déposés a augmenté de 115 % (de 123 à

265). Des augmentations significatives ont été observées sur tous les campus, notamment au Campus Civic avec une hausse de plus de 103 % (de 92 à 187) des griefs déposés et au Campus Général où l'augmentation était de 83 % (de 23 à 42).

- Le nombre de griefs déposés par le SEFPO est demeuré relativement stable entre 1998 et 1999.

Les principaux sujets de plaintes ou de conflits de travail portaient sur l'interprétation des politiques, les mises à pied ou la restructuration et les horaires. Un grand nombre de plaintes ont également été classées dans la catégorie « Autres » puisqu'elles ne correspondaient pas aux catégories de discipline, d'absentéisme ou d'aménagement et d'affichage de poste ou de sélection..

À ce jour en 2000, environ 120 griefs ont été soumis à l'arbitrage. La grande majorité sera entendue au cours des deux prochaines années. Puisqu'une décision est rendue dans les trois jours suivant le début des procédures d'arbitrage et que les frais juridiques et les dépenses associées sont de 5 000 $ par jour, les coûts d'arbitrage pourraient s'élever à plus de 1,8 million de dollars.

La Division des relations de travail a également entrepris un projet spécial en 2000, soit d'élaborer et de mettre en œuvre un programme de gestion des présences à L'Hôpital d'Ottawa. Du 1er avril 1999 au 31 mars 2000, les employés à temps plein ont pris plus 321 000 heures de congé de maladie, ce qui correspond à un coût de 6,8 millions de dollars, excluant les coûts de remplacement, comparativement à 261 000 heures en 1998/1999 et 257 000 en 1997/1998. Ces données se traduisent par les nombres de jours de congé de maladie pris par ÉTC suivants :

Jours de congé de maladie par ÉTC (ne comprend pas les heures de remplacement des employés en congé de maladie)

	Réel 1997/1998	Réel 1998/1999	Réel 1999/2000	Variation en 3 ans
Personnel de soutien à la gestion et aux opérations	4,40	5,17	5,37	22,0 %
Personnel des unités de production	7,48	6,89	8,37	11,9 %
Total :	6,58	6,39	7,42	12,7 %

Les données ci-dessus montrent une augmentation de 13 % du nombre de jours de congé de maladie pris par ÉTC au cours des trois dernières années. Toutefois, le tableau suivant indique que le nombre d'heures de congé de maladie prises à LHO est semblable à celui pris par les employés des autres hôpitaux d'enseignement et des hôpitaux communautaires des grands centres urbains comme le montre le nombre global d'heures de congé de maladie payées exprimé sous forme de pourcentage du nombre total d'heures travaillées à l'hôpital en 1998/1999 et 1999/2000[180].

Nombre total d'heures de congé de maladie payées exprimé en % du nombre total d'heures travaillées à l'hôpital		
Hôpital	**% d'heures de congé de maladie 1998/1999**	**% d'heures de congé de maladie 1999/2000**
Hamilton HSC	s. o.	4,16
Humber River	3,89	3,92
London HSC	4,23	3,86
Mount Sinai	3,43	3,62
L'Hôpital d'Ottawa	**3,37**	**3,84**
Rouge Valley-Centenary	3,82	4,30
Scarborough General	3,30	3,49
SEHSC, Kingston General	3,68	3,89
St. Josephs, Hamilton	3,85	3,77
St. Josephs London	2,97	2,97
St. Michael's, Toronto	3,13	3,71
UHN – Toronto	s. o.	3,95

La Division a investi environ 76 000 $ pour appuyer les activités de restructuration. La liste suivante présente les activités reliées à la fusion et les investissements correspondants effectués du 1er avril 1999 au 31 mars 2000 :

- Cycle de négociations avec l'ONA 500 $
- Équipe de négociation des relations de travail avec l'ONA 4 200 $
- Mutations – campus Riverside (1 100 h) 36 300 $
- Mutations – campus Grace (570 h) 18 800 $
- Mutations – D5/E5 (492 h) 16 200 $

[180] Évaluation comparative des performances des hôpitaux canadiens de l'ACAHO/HayGroup pour 1999 et 2000.

- TOTAL : 76 000 $

10.1.3 Division de la santé et de la sécurité au travail

Au cours de la dernière année et demi, la Division a fait face à un roulement élevé de son personnel, ayant dû remplacer 14 de ses 20 employés.

En 1999, la Division a réponde à 36 905 consultations du personnel de LHO, et on prévoit que le nombre de 43 218 consultations sera atteint en 2000. Les trois principales raisons de consultation comprenaient les services de physiothérapie (24 % du nombre total de consultations), les modalités de travail modifiées pour des cas non couverts par la CSPAAT (13 %) et le test de dépistage de la tuberculose (11 %).

Une hausse de 28 % (128) des demandes de prestations d'invalidité de longue durée a été observée en 1999, et le nombre de demandes avait déjà augmenté de 33 % (170) à la fin du mois de juin 2000. Parmi ces demandes, 37 % ont été classées comme étant des incapacités mentales. Une tendance semblable a été observée chez les employés qui ont profité de counselling ou de services de consultation dans le cadre du PAE (Programme d'aide aux employés) entre le 1er août 1999 et le 31 juillet 2000. En fait, 6,1 % (487) des employés admissibles ont bénéficié des services, et les statistiques montrent que 37,8 % de cas étaient reliés à des problèmes personnels ou émotifs. De ces cas, 20,6 % étaient associés à la gestion du stress, 16,4 %, à la dépression, 13,5 %, à l'anxiété et 13,3 %, à l'épuisement professionnel[181].

Le nombre total d'accidents survenus à L'Hôpital d'Ottawa a augmenté de façon significative depuis 1998, atteignant 1 544 accidents en 1999 (hausse de 14 %), et on prévoit que ce nombre passera à 1 890 en 2000 (hausse de 20 % par rapport à 1999). Le nombre d'accidents reliés à la prestation de soins de santé a augmenté de 88 % en 1999 tandis que celui des accidents avec perte de temps est demeuré constant au cours de la période de deux ans. Toutefois, le nombre de jours manqués en raison d'accidents de travail a diminué de 772,5 en 1998 à 667 en 1999, soit une réduction de 14 %.

[181] Rapport annuel de L'Hôpital d'Ottawa, 1er août 1999 – 31 juillet 2000 – Sommaire du rapport – Analyse de la distribution statistique du PAE Plus, p. 6.

Aucune dépense particulière n'a été déterminée et associée strictement à la fusion pour la Division.

10.1.4 Division de la rémunération

Le nombre élevé de mesures visant le recrutement et la dotation en personnel durant cette période, les nombreuses cessations d'emploi et trousses de départ accordées ainsi que la fusion des systèmes de rémunération de l'Hôpital ont entraîné une importante charge de travail, souvent stressante au raison des échéances, pour le personnel de la Division de la rémunération.

Le nombre de cessations d'emploi ou de démissions a augmenté dramatiquement après la fusion. Au total, 1 219 employés ont quitté l'organisation au cours de l'exercice financier de 1999/2000 comparativement à 525 en 1998/1999 et 596 en 1997/1998. Au Campus Général, 558 employés ont quitté principalement pour des raisons parentales. Le Campus Civic a perdu 517 employés pour des raisons qui n'ont pas pu être déterminées tandis que 144 employés du Campus Riverside ont quitté encore une fois pour des raisons parentales ou d'autres raisons qui n'ont pas pu être déterminées. De plus, il ne reste plus que neuf postes de direction (non médicaux) comparativement à plus de 20 postes semblables dans les anciens hôpitaux.

Au cours de l'exercice financier de 1999/2000, un total de 208 trousses de départ (représentant 163 ÉTC) ont été fournies aux employés, ce qui correspond à un coût 7,6 millions de dollars. En moyenne, l'indemnité de départ est de 46 842 $ par employé, fondée sur un salaire annuel moyen de 49 937 $, et correspond à 49 semaines de paie. Le critère du ministère pour la restructuration des remboursements destinés à l'Hôpital pour couvrir les coûts des indemnités de départ a été fixé à 85 % des indemnités de départ jusqu'à concurrence de 52 semaines de paie pourvu que le poste soit aboli. Le tableau suivant présente une ventilation des indemnités de départ par catégorie d'employés :

Groupe d'employés	Nbre de trousses	Montant ($)
• Membres de la direction	7	889 413 $
• Gestionnaires	61	3 242 817 $
• Personnel non syndiqué	39	1 227 018 $

• Membres du SCFP	74	1 666 635 $
• Membres de l'ONA	12	355 982 $
• Membres du SEFPO	13	147 378 $
• Membres de l'AAHPO	2	106 023 $
• TOTAL :	208	7 635 266 $

10.2 Impacts sur les coûts unitaires de la main-d'œuvre

Lorsqu'il a procédé à la fusion des conventions collectives des hôpitaux qu'il a remplacés, LHO a dû choisir la stratégie la plus rentable à adopter en vue de normaliser les salaires et les taux de salaires au sein de l'organisation. L'Hôpital a obtenu des conseils juridiques et a étudié les décisions déjà rendues dans d'autres hôpitaux de l'Ontario. LHO a décidé de suivre la décision de l'arbitre Quinty qui préconise d'adopter comme échelle salariale commune l'échelle salariale la plus élevée d'un groupe d'employés et de porter les salaires des employés ayant atteint le plafond de leur ancienne échelle salariale au maximum de la nouvelle échelle commune. Dans certains cas, cette mesure peut représenter une augmentation du taux de salaire moyen d'un groupe d'employés aussi élevée que 2,00 $ l'heure. Dans un nombre restreint de cas, l'augmentation est encore plus importante chez les groupes d'employés qui n'avaient profité d'aucune hausse salariale depuis 1992.

En raison de la centralisation des négociations des conventions collectives de l'ONA, la fusion a eu un impact limité sur les coûts unitaires de la main-d'œuvre chez le personnel infirmier. Toutefois, l'Hôpital verra le coût unitaire de la main-d'œuvre augmenter d'environ 9,89 % chez les membres du SCFP, ce qui résulte de l'effet cumulatif des augmentations économiques et de la normalisation des taux de salaire. Ceci se traduira par une augmentation du taux salarial moyen actuel de 15,49 $ à 17,02 $. On estime également que les employées du SCFP recevront un paiement rétroactif moyen de l'ordre de 6 500 $. Dans le cas des membres du SEFPO, la normalisation des salaires et les conditions associées n'ont pas fait l'objet de négociations à ce jour.

Le tableau suivant décrit les prévisions des coûts de la normalisation des salaires et les améliorations aux conditions de travail des employés de L'Hôpital d'Ottawa. Les prévisions sont fondées sur les budgets des salaires de l'EF 2001 pour chaque groupe d'employés.

Coûts associés à la normalisation des salaires	Prévisions des coûts totaux du rajustement forfaitaire	Prévisions de coûts – EF 99/00	Prévisions de coûts annualisés
SCFP – Budget de salaires de 57 M$ (approx. 3 000 employés)			
1. Paiements rétroactifs à la suite de la normalisation des salaires – du 13 déc. 1999 au 31 mars 2001	11,0 M$	2,2 M$	
2. Augmentation du budget de base en raison de la normalisation des salaires (augmentation prévue de 15,5 %)			8,8 M$
3. Augmentation potentielle du budget de base en raison des prestations d'invalidité de longue durée et des nouvelles modalités de la convention collective			1,3 M$
TOTAL :	**11,0 M$**	**2,2 M$**	**10,1 M$**
ONA – Budget de salaires de 110,5 M$ (approx. 3 000 employés)			
1. Coût des modalités de la convention collective			1,0 M$ et +
TOTAL :			**1,0 M$ et +**
SEFPO – Budget de salaires de 52 M$ (approx. 1 800 employés)			
1. Paiements rétroactifs à la suite de la normalisation des salaires – du 1er avril 1999 au 31 mars 2001 (954 ÉTC + 237 employés occasionnels)	13,0 M$	6,5 M$	
2. Augmentation du budget de base en raison de la normalisation des salaires (augmentation prévue de 13 %)			6,5 M$
TOTAL :	**13,0 M$**	**6,5 M$**	**6,5 M$**
EMPLOYÉS NON SYNDIQUÉS – Budget de salaires de 24,1 M$ (approx. 160 employés)			
1. Normalisation des salaires (augmentation prévue de 15 %)			3,75 M$
2. Conditions de travail			À déterminer
TOTAL :			**3,75 M$ et +**
GESTIONNAIRES (excluant les directeurs) – Budget de salaires de 16,1 M$ (approx. 300 employés)			
1. Normalisation des salaires (augmentation prévue de 15 %)			2,5 M$
2. Conditions de travail			À déterminer

Coûts associés à la normalisation des salaires	Prévisions des coûts totaux du rajustement forfaitaire	Prévisions de coûts – EF 99/00	Prévisions de coûts annualisés
TOTAL :			**2,5 M$ et +**
GRAND TOTAL :	***24,0 M$***	***8,7 M$***	***23,85 M$ et +***

Les prévisions des coûts totaux du rajustement forfaitaire représentent le montant total prévu qui devrait être payé pour la période déterminée pour chaque élément de coût. Pour les employés membres du SCFP, le paiement rétroactif prévu pour une période de 15 mois, à la suite de la normalisation des salaires, est de 11 M$. Le calcul de ce montant est fondé sur l'hypothèse voulant que 3 000 employés pourraient bénéficier d'un ajustement rétroactif de 2,00 $ à 3,00 $ l'heure pour hausser leur salaire au nouveau niveau commun (ce coût est indépendant de toute augmentation économique qui devra également être accordée).

La troisième colonne, Prévisions des coûts – EF 99/00, détermine les montants qui devront être payés au cours de cet exercice financier pour couvrir les coûts de la normalisation des salaires.

Finalement, la colonne Prévisions des coûts annualisés présente les prévisions des coûts qui influeront directement sur le budget des salaires courant. Par exemple, les nouvelles modalités d'emploi prévues dans la convention collective des employés du SCFP tiennent compte des changements en ce qui concerne le paiement des heures supplémentaires (178 000 $), les indemnités de disponibilité (20 000 $), les vacances payées (400 000 $) et le programme de prestation d'invalidité de longue durée (700 000 $).

Globalement, nous croyons que l'approche adoptée par LHO pour évaluer les coûts reliés à la normalisation des salaires a fourni une prévision raisonnable du coût potentiel de la normalisation des salaires. Il est même possible que l'Hôpital ait sous-estimé le coût total.

11.0 Examen financier

11.1 Situation du fonds de roulement

11.1.1 Renseignements généraux sur les données financières et les sources

L'Hôpital d'Ottawa est né le 1er avril 1998 de la fusion de l'hôpital Civic d'Ottawa (y compris l'Institut de cardiologie), de l'hôpital Général d'Ottawa et de l'hôpital Riverside. Pendant des années, avant l'exercice financier de 1998/1999, chaque hôpital remplacé préparait ses propres états financiers et rendait individuellement des comptes au ministère de la Santé et des Soins de longue durée. À la suite de la fusion, une réévaluation des capitaux propres et du passif a dû être effectuée pour surmonter le manque de continuité dans la reddition de compte des hôpitaux remplacés. Par conséquent, les fonds de roulement ont été réduits de 16 839 000 $ en avril 1997. La réévaluation comprenait les modifications suivantes :

- Reclassification des congés de maladie à payer de la catégorie des dettes à long terme à celle des dettes à court terme (12 800 000 $)
- Reclassification des fonds de fiducie de la catégorie des capitaux propres à celles des dettes à court terme (4 030 000 $).

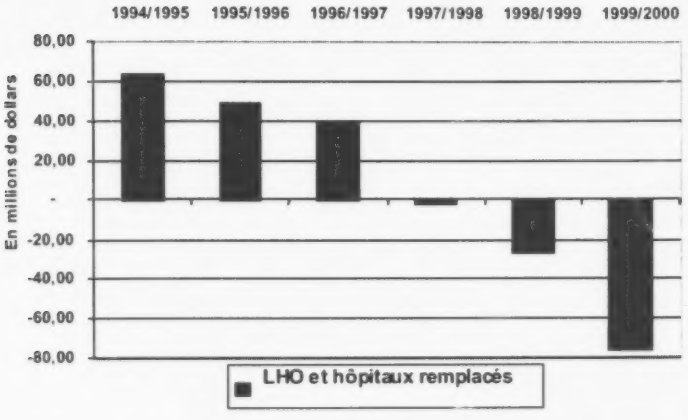
De plus, un ajustement additionnel (réduction) de 705 000 $ a été fait à la lumière d'une réévaluation des éléments de passifs reliés aux vacances de l'hôpital Général qui n'a été mise en application qu'après le début de l'exercice 1998/1999.

L'hôpital Général d'Ottawa avait signé un contrat de cession-bail en 1987. Puisqu'à la demande de la direction, les bailleurs étaient les bénéficiaires des rentes, aucune obligation n'a été inscrite dans les états financiers (l'obligation avait été communiquée en détail dans les Notes accompagnant les états financiers). La nouvelle direction de L'Hôpital d'Ottawa a choisi d'inclure l'actif et le passif dans les états financiers.

11.1.2 Fonds de roulement

Le fonds de roulement a considérablement baissé depuis 1995/1996 comme le montre la figure 11.1

Figure 11.1
Fonds de roulement de L'Hôpital d'Ottawa de 1995/1996 à 1999/2000



D'un solde d'ouverture consolidé 63,17 millions de dollars, le fonds de roulement s'est transformé en déficit de 75,40 millions de dollars à la fin de l'exercice 1999/2000, soit une diminution de 121,02 millions de dollars. L'incidence sur les principales catégories est montrée à la figure 11.2 ci-dessous.

Figure 11.2

Variation du fonds de roulement de L'Hôpital d'Ottawa de 1995/1996 à 1999/2000

	Millions de $	Millions de $
Fonds de roulement initial en 1995/1996		**63,17**
Ajustments au moment de la fusion		
Reclassification des congés de maladie à payer	(12,80)	
Reclassification des fonds de fiducie	(4,03)	
Réévaluation des congés annuels à payer (Général)	(0,72)	(17,55)
Opérations		
Déficits de fonctionnement	(71,04)	
Restructuration du déficit de fonctionnement	(13,25)	(84,29)
Acquisition d'immobilisations		
Amortissement (net)	64,71	
Fonds à des fins d'immobilisations – pas dans les revenus	35,41	
Gain (perte) sur la cession d'immobilisations	0,53	
Acquisition d'immobilisations	(122,69)	(22,04)
Financement / Autre		
Cession-bail de biens d'équipement	(0,10)	
Transfert – Fondation ou autres fonds	1,06	
Imputations comptables	(1,32)	
Autres sources et ajustments	1,42	
Transfert à l'Institut de cardiologie	(4,55)	
Autres applications	(11,19)	(14,68)
Hausse (baisse) du fonds de roulement		(121,02)
Fonds de roulement en 1999/2000		**(75,39)**

La diminution du fonds de roulement était principalement attribuable aux déficits de fonctionnement, puis aux acquisitions d'immobilisations, aux ajustements au moment de la fusion ainsi qu'au financement et autres applications. Les ajustements faits au moment de la fusion montrent que malgré l'utilisation de principes comptables généralement acceptés, deux hôpitaux peuvent comptabiliser leurs éléments de passif de façon très différente, ce qui a une incidence sur cet indicateur clé. Le fonds de roulement est calculé en déduisant les éléments de passif à court terme de l'actif à court terme. Un résultat positif est une bonne chose. Il est instructif

d'examiner les composantes de l'actif et du passif à court terme pour connaître leur évolution. La figure 11.3 montre les variations de l'actif et du passif à court terme de 1997/1998 (l'année précédant la fusion) à 1999/2000[182].

Figure 11.3
Variations du fonds de roulement de 1997/1998 à 1999/2000
(millions de dollars)

ACTIF À COURT TERME	1997/1998	1998/1999	1999/2000	Variation
Liquidités	-	3,6	3,1	3,1
Investissements	20,5	11,0	4,1	(16,4)
Comptes débiteurs	29,4	48,5	38,5	9,1
Stocks	6,4	6,0	6,5	0,1
Dépenses prépayées	2,3	2,0	1,5	(0,7)
Fins d'investissement et fonds de fiducie	17,3	0,0	-	(17,3)
ACTIF À COURT TERME TOTAL	75,7	71,1	53,7	(22,1)
PASSIF À COURT TERME				
Emprunts à court terme	0,9	8,5	41,3	40,4
Comptes fournisseurs	29,6	25,5	29,4	(0,3)
Vers. payables par employeur/employé	5,2	4,4	16,0	10,8
Salaires à payer	26,6	28,0	16,3	(10,4)
Vacances et autres avantages à payer	-	7,1	8,4	8,4
Prestations de maladie à payer (acquises)	12,8	14,9	13,1	0,3
Produits comptabilisés d'avance	0,2	0,5	0,6	0,4
Portion actuelle des dettes ou des baux à LT	1,9	8,0	4,1	2,1
PASSIF À COURT TERME TOTAL	77,3	96,8	129,1	51,8
Fonds de roulement	(1,5)	(25,7)	(75,4)	(73,9)

Cette figure montre, entre autres, l'augmentation considérable des emprunts à court terme, atteignant 41,3 millions de dollars en 1999/2000. Les éléments suivants doivent également être pris en considération :

- Une baisse régulière des investissements à court terme
- Une diminution des montants investis à des fins d'immobilisation et dans le fonds de fiducie.
- La rémunération due en 1997/1998 comprenaient les vacances annuelles à payer. La modification des ces catégories combinées entraîne une diminution nette de 2 millions de dollars. Bien que le changement soit peu apparent, les charges à payer en 1997/1998 comprennent un montant équivalant à 10 jours de paie à la fin de l'année, tandis que celles de 1999/2000 n'en comprennent pas (les dates de fin de la période de paie et de l'exercice financier coïncidaient).

[182] Cette comparaison s'appuie sur les données présentées dans le Rapport supplémentaire de fin d'année de LHO (pour 1999/2000) et la Proposition de plan de fonctionnement 2000/2001 du LHO (pour 1997/1998 et 1998/1999). Ces résultats ne comprennent pas les données de l'Institut de cardiologie.

11.2 Déficits de fonctionnement de l'Hôpital

11.2.1 Renseignements généraux sur les données financières et les sources

Le 1er avril 2000, l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa est officiellement devenu indépendant de LHO, et le financement du MSSLD a été redirigé de LHO vers l'Institut de cardiologie. LHO et l'Institut de cardiologie avaient tous deux commencé à rendre compte de leurs résultats financiers séparément au cours du dernier exercice financier précédant la séparation (exercice de 1999/2000). Dans la préparation de son plan de fonctionnement de 2000/2001, LHO a retraité ses rapports financiers de 1997/1998 et 1998/1999 pour exclure les résultats de l'Institut de cardiologie. Malheureusement, le retraitement des rapports des années précédentes n'était pas pratique puisque les comptes ne séparaient pas de façon claire les activités de l'Institut de cardiologie des autres opérations de LHO. L'Institut de cardiologie a également préparé et présenté un plan de fonctionnement de 2000/2001 montrant des recettes et des dépenses fondées sur le retraitement des résultats de 1997/1998 et de 1998/1999.

Les rapports de fin d'année du fonctionnement des hôpitaux du MS ont été la source de la majorité des données. La différence entre le surplus/déficit déclaré dans les différents états financiers vérifiés est uniquement attribuable au montant correspondant à l'amortissement des immeubles inclu dans les états financiers vérifiés. Le rapprochement est inclu dans le rapport de fonctionnement de fin d'année.

Les dépenses de fonctionnement de 1995/1996 et 1996/1997 incluses dans les rapports de fonctionnement de fin d'année ont été retraitées pour exclure les coûts de restructuration afin d'assurer la continuité avec les années subséquentes.

Il a été difficile de procéder à des comparaisons des résultats au cours de la période déterminée (de 1995/1996 à 1999/2000) pour plusieurs raisons :

- Il aurait été nécessaire de combiner les résultats des trois hôpitaux remplacés pour la période de 1995/1996 à 1997/1998 : hôpital Civic d'Ottawa, hôpital Général d'Ottawa et hôpital Riverside;
- En 1998/1999, L'Hôpital d'Ottawa a présenté son premier rapport financier combiné de fin d'année;
- En 1999/2000, les rapports financiers de L'Hôpital

d'Ottawa excluaient les résultats de l'Institut de cardiologie. Pour comparer les résultats des années précédentes, il aurait fallu utiliser les données retraitées des années précédentes pour exclure les résultats de l'Institut de cardiologie;

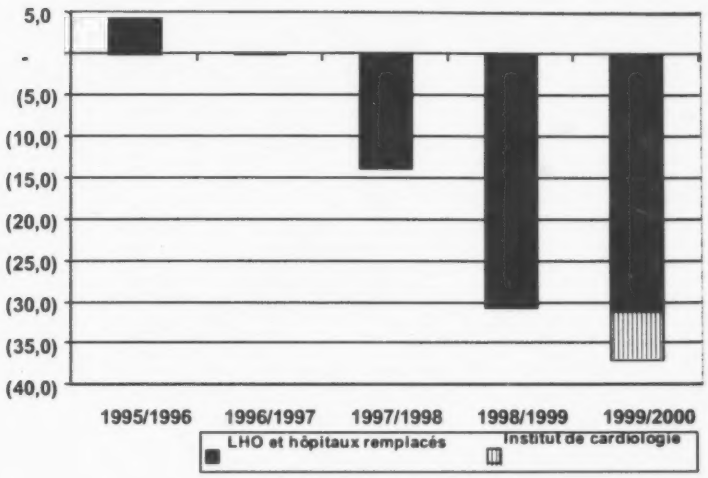
- Le retraitement des résultats de 1997/1998 et de 1998/1999 visant à distinguer les rapports financiers de L'Hôpital d'Ottawa et de l'Institut de cardiologie a semblé être en équilibre de façon globale, mais il nous a été impossible de rapprocher chaque catégorie de revenus et de dépenses individuellement. Le budget de ce projet et le budget du Département des finances de LHO ne prévoyaient pas un montant suffisant correspondant aux heures nécessaires pour régler toutes les divergences;
- Il a été difficile de trouver des explications aux certaines modifications des revenus, des dépenses ou des comptes en raison du roulement élevé au sein du personnel clé du Département des finances dans le contexte de la fusion et apparemment de la faible quantité ou de la non-disponibilité de dossiers justificatifs.

Cette analyse des dossiers antérieurs n'a pas influé sur la reddition de comptes et l'établissement de rapports actuels et futurs de l'Hôpital, mais l'analyse sur douze mois dans ce rapport a été affectée. Ces comparaisons permettent néanmoins de déterminer d'importantes variations des résultats, attribuables aux pratiques comptables. Les résultats peuvent permettre une analyse des coûts élevés pour appuyer les résultats détaillés de l'examen départemental.

11.2.2 Opérations générales

En 1996-1997, les hôpitaux remplacés par L'Hôpital d'Ottawa avaient des résultats d'exploitation combinés quasi équilibrés et un excédent de fonctionnement de 93 001 $, excluant les coûts de restructuration ponctuels et les remboursements. Toutefois, en 1997-1998, ces hôpitaux avaient enregistré un déficit de fonctionnement combiné de 13 644 847 $, ce déficit n'a cessé de croître pour atteindre 31 159 358 $ en 1999-2000 comme le montre la figure 11.4. Veuillez prendre note que le graphique comprend les résultats de l'Institut de cardiologie aux fins de continuité, puisque ses activités étaient comprises dans les résultats des années précédentes.

Figure 11.4
Excédent (déficit) de fonctionnement, excluant les coûts de restructuration – de 1995/1996 à 1999/2000



Les paragraphes qui suivent présentent un survol de haut niveau, année par année, des changements qui expliquent la situation actuelle.

11.2.2.1 Exercice de 1997/1998 (variations par rapport à l'exercice de 1996/1997)

Le changement de la situation au cours de l'exercice financier de 1997/1998 est en partie attribuable à une diminution des revenus de 5 344 802 $ et à une augmentation des dépenses de 8 557 936 $. Cet exercice financier correspondait à la dernière année des importantes réductions du financement de base du MSSLD et à la dernière année avant que la CRSS mandate la fusion. Les importantes modifications comptables comprennent les suivantes :

- Au cours de cet exercice, le Campus Civic a arrêté de classer les recouvrements des coûts des médicaments auprès du MS dans la catégorie « Autre crédit » et a déplacé les revenus et les coûts dans les comptes des résultats. Comparativement à la présentation de 1997/1998, cette modification a ajouté 4 916 542 $ dans la catégorie des recouvrements et des dépenses de médicaments. Puisque les montants de recouvrements des coûts des médicaments ont varié au cours des années subséquentes, les dépenses de médicaments et les autres revenus seront affectés.
- Une modification a été apporté à la politique d'amortissement de l'équipement SGI au Campus Civic, pour mettre tous les campus dans la même situation au début de la période de fusion. La moitié de l'augmentation des coûts d'amortissement de 2,9 millions de dollars semblent être attribuable à cette modification. Seul de

Campus Civic a connu une hausse important des coûts d'amortissement en 1997/1998.

Les variations des recettes et des dépenses sont présentées aux figures 11.5 et 11.6 :

Figure 11.5
Variations des recettes d'exploitation en 1997/1998 (excluant les coûts de restructuration, incluant les résultats de l'Institut de cardiologie)

Catégorie de recettes – exercice financier de 1997/1998	Hausse (M$)	Baisse (M$)
Réduction du financement de base du MSSLD		17,2
Financement ponctuel du MSSLD – excluant les règlements sur les programmes prioritaires	2,0	
Revenu d'hospitalisation de patients québécois – diminution du nombre de jours de 1 506 et des cas pondérés de 641.		0,9
Autres revenus générés par les patients. Les revenus d'imagerie diagnostique représentent la majorité de cette variation et expliquent également l'augmentation des dépenses du personnel médical montrée ci-après.	5,5	
Recettes différentielles et de participation aux coûts		1,4
Recouvrement des coûts des médicaments – modification comptable au Campus Civic	4,9	
Autres recettes non réparties et diverses	1,8	
Hausse et baisse totales	14,2	19,5
Variation nette des recettes		5,3

Figure 11.6
Variations des dépenses d'exploitation en 1997/1998 (excluant les coûts de restructuration, incluant les résultats de l'Institut de cardiologie)

Catégorie de dépenses – exercice financier de 1997/1998	Hausse (M$)	Baisse (M$)
Coût de rémunération (montant total des salaires) Une importante diminution des coûts de rémunération s'est produite au Campus Civic (8 900 000 $). Le nombre moyen de lits a diminué de 65, et le nombre de cas pondérés a diminué de 2 810, tandis que le nombre de cas pondérés a augmenté de 1 585 au Campus Général. Le taux horaire moyen a légèrement baissé de 22,63 $ à 22,60 $, et le nombre total d'heures a baissé de 212,223.		5,1
Le coût des prestations a augmenté, passant de 21,1 % à 21,7 % du montant total des salaires.	0,3	
Les dépenses du personnel médical ont augmenté de 11,4 %.	2,3	
Les coûts des fournitures médicales et chirurgicales destinées aux soins des patients hospitalisés devraient avoir diminué en raison de la baisse du nombre de cas pondérés. Une augmentation peut être attribuable à une hausse du nombre de patients traités en clinique externe ou aux prix plus élevés.	1,4	
Recouvrement des coûts des médicaments auprès du MS (modification comptable au Campus Civic)	4,9	
Les autres coûts des médicaments ont augmenté de 5,4 %.	1,2	
Les fournitures and les autres dépenses ont augmenté de 0,1 %.	0,7	
Frais d'intérêts		0,1
Coût d'amortissement de l'équipement et de location/bail (modification comptable mentionnée précédemment)	2,9	
Hausse et baisse totales	13,8	5,2
Variation nette des dépenses	8,6	

De 1996/1997 à 1997/1998, le nombre global de cas pondérés a diminué de 1 501 (de 95 464 à 93 957), tandis que le coût par cas pondéré a augmenté de 110 $ (de 2 991 $ à 3 101 $). La variation nette correspond environ à une portion de 5,8 millions de dollars du montant total de la variation des dépenses d'exploitation de 1996/1997 à 1997/1998.

11.2.2.2 Exercice de 1998/1999 (variations par rapport à l'exercice de 1997/1998)

Cette comparaison est fondée sur les recettes et les dépenses réelles retraitées des exercices de 1997/1998 et de 1998/1999 présentées dans le plan de fonctionnement de 2000/2001. Ce retraitement a exclu les recettes et les dépenses de l'Institut de cardiologie. Les recettes tout comme les dépenses ont augmenté en 1998/1999. L'augmentation des dépenses (25 380 838 $) a largement dépassé la hausse de 8 260 989 $

des recettes, ce qui a aggravé le déficit de fonctionnement à 28 308 929 $.

Les importantes modifications comptables comprennent les suivantes :

- L'augmentation du nombre de projets du SGI a mandaté une modification des pratiques comptables. Au cours des années précédentes, les projets du SGI étaient financés à même les opérations courantes lorsqu'ils se produisaient. En 1998/1999, l'Hôpital a commencé à capitaliser et à amortir ces projets.
- L'Hôpital a mis fin à la pratique des frais et des recouvrements interdépartementaux. L'effet de ce changement a été de réduire les recouvrements et les dépenses déclarés.

Les variations des recettes et des dépenses sont présentées aux figures 11.7 et 11.8 :

Figure 11.7

Variations des recettes d'exploitation en 1998/1999 (excluant les coûts de restructuration, incluant les résultats de l'Institut de cardiologie)

Catégorie de recettes – exercice financier de 1998/1999	Hausse (M$)	Baisse (M$)
Le financement de base du MSSLD a augmenté : le financement des programmes cliniques prioritaires est devenu une allocation de base.	2,8	
Financement ponctuel du MSSLD	2,6	
Revenu d'hospitalisation de patients québécois – diminution du nombre de jours de 1 471 et des cas pondérés de 104; le taux quotidien a été réduit de 5 %.		2,7
Autres recettes générées par les patients	3,0	
Recettes différentielles et de participation aux coûts	0,6	
Revenus de placement		2,5
Recettes non réparties et diverses	5,7	
Élimination des frais interdépartementaux		1,2
Hausse et baisse totales	14,7	6,4
Variation nette des recettes	$8.3	

Figure 11.8
Variations des dépenses d'exploitation en 1998/1999 (excluant les coûts de restructuration, incluant les résultats de l'Institut de cardiologie)

Catégorie de dépenses – exercice financier de 1998/1999	Hausse (M$)	Baisse (M$)

Coûts de rémunération (montant total des salaires). Augmentation du nombre total d'heure de 442 193.	7,1	
Rémunération – charges de main-d'œuvre à payer y compris les prestations	7,9	
Le coût de prestations augmente en raison de la hausse des salaires	1,5	
La suspension des cotisations au HOOPP prend effet à compter du 1er janvier 1999		2,0
Dépenses du personnel médical – une augmentation de 7,5 % attribuable au volume	1,6	
Le coût des fournitures médicales et chirurgicales a augmenté de 13,9 %. On a observé une augmentation de 3,3 % du nombre de cas pondérés (selon une analyse menée dans la région de l'Outaouais).	3,1	
Augmentation des coûts des médicaments de 10,6 %	2,7	
Le coûts des fournitures et les autres dépenses ont diminué de 2,5 %. Étant donné la diminution des recettes associées aux frais interdépartementaux, la majorité de cette baisse devrait être attribuable à la modification de la politique comptable mentionnée précédemment.		1,2
Créances irrécouvrables	0,5	
Frais d'intérêts	0,6	
Les coûts d'amortissement de l'équipement et de location/bail ont diminué de 21,3 %. L'Hôpital a commencé l'amortissement du logiciel.	3,7	
Hausse et baisse totale	28,7	3,7
Variation nette des dépenses[183]	25,4	

De 1997/1998 à 1998/1999, le nombre global de cas pondérés a augmenté de 2 954 cas (de 95 464 à 93 957), tandis que le coût par cas pondéré a augmenté 236 $ (de 3 101 $ à 3 337 $). La variation nette correspond environ à une portion de 32,0 millions de dollars du montant total de la variation des dépenses d'exploitation de 1997/1998 à 1998/1999.

11.2.2.3 Exercice de 1999/2000 (variations par rapport à l'exercice de 1998/1999)

Cette comparaison est fondée sur les recettes et les dépenses réelles retraitées des exercices de 1998/1999 et de 1999/2000 présentées dans le plan de fonctionnement de 2000/2001. Ce retraitement a exclu les recettes et les dépenses de l'Institut de cardiologie. Comme le montrent les tableaux ci-dessous, les recettes tout comme les dépenses ont augmenté en 1999/2000. L'augmentation des dépenses (29 332 782 $) a à nouveau largement dépassé la hausse des recettes (26 665 798 $), ce qui a aggravé le déficit de fonctionnement à 30 975 912 $.

[183] Différence due à l'arrondissement

Aucune modification comptable importante n'a été apportée au cours de cet exercice financier.

Les variations des recettes et des dépenses sont présentées aux figures 11.9 et 11.10 :

Figure 11.9
Variations des recettes d'exploitation en 1999/2000 (excluant les coûts de restructuration, incluant les résultats de l'Institut de cardiologie)

Catégorie de recettes – exercice financier de 1999/2000	Hausse (M$)	Baisse (M$)
Les augmentations du financement de base du MSSLD comprenaient une hausse générale de 1 %, le financement de soins infirmiers directs et le financement de cinq douzièmes du transfert du programme SA Grace. Le financement des programmes prioritaires est devenu une allocation de base.	21,4	
Financement ponctuel du MSSLD	3,7	
Augmentation des revenus d'hospitalisation de patients québécois	0,4	
Augmentation des recettes de l'OHIP de 1 100 000 $ en raison d'une hausse de l'activité diagnostique. La normalisation des tarifs d'hospitalisation contribue également à cette hausse des recettes.	1,9	
Recettes différentielles et de participation aux coûts : le nombre moyen de lits a diminué de 69 et le nombre de jours-patients a baissé de 21 921.		1,6
Revenus de placement		0,6
Recettes non réparties et diverses : fin des contrats de service externes pour le système SGI		0,8
Amortissement des subventions/dons	2,3	
Hausse et baisse totales	29,7	3,0
Variation nette des recettes	26,7	

Figure 11.10

Variations des dépenses d'exploitation en 1999/2000 (excluant les coûts de restructuration, incluant les résultats de l'Institut de cardiologie)

Catégorie de dépenses – exercice financier de 1999/2000	Hausse (M$)	Baisse (M$)
Coûts de rémunération (montant total des salaires). Le nombre total d'heures a augmenté de 442 193.	14,5	
Le coût de prestations augmente en raison de la hausse des salaires	2,8	
Prestations à payer de 750 000 $	0,8	
Augmentations des autres prestations	2,9	
Économies annualisées reliées à la suspension des prestations au HOOPP		6,0
Dépenses du personnel médical – une augmentation de 7,5 %	0,6	
Le coût des fournitures médicales et chirurgicales a augmenté de 13,9 %. On a observé une augmentation de 3,3 % du nombre de cas pondérés (selon une analyse menée dans la région de l'Outaouais).	3,5	
Augmentation des coûts des médicaments de 10,6 %	1,0	
Coûts des fournitures générales et autres dépenses	2,1	
Augmentation de frais de consultation pour la mise en œuvre du système SGI	1,2	
Hausse du coût du linge en raison d'un pénurie dans la région.	0,8	
Hausse des frais associés à l'équipement : transfert de l'équipement de l'hôpital Grace; hausse du seuil de capitalisation à 1 500 $; frais ponctuel au moment de l'élimination de l'inventaire des installations	3,6	
Créances irrécouvrables : problèmes avec le nouveau système AR	1,5	
Frais d'intérêts		0,1
Coût d'amortissement de l'équipement et de location/bail		0,1
Hausse et baisse totales	35,3	6,2
Variation nette des dépenses[184]	29,3	

De 1998/1999 à 1999/2000, le nombre global de cas pondérés a augmenté de 2 954 cas (de 95 464 à 93 658), tandis que le coût par cas pondéré a augmenté 236 $ (de 3 337 $ à 3 603 $). La variation nette correspond à une portion d'environ 14,1 millions de dollars du montant total de la variation des dépenses d'exploitation de 1998/1999 à 1999/2000.

11.2.3 Autres programmes de crédits

Les autres programmes de crédits n'ont pas contribué de façon nette aux déficits de fonctionnement selon les recettes et les dépenses déclarées.

[184] Différence due à l'arrondissement

11.3 Financement de base et financement ponctuel par le ministère

Le ministère de la Santé assure le financement général des hôpitaux dans deux catégories : le financement de base, qui représente le financement qui continuera à être versé (à moins qu'il ne soit modifié), et le financement ponctuel, qui comme son nom l'indique n'est versé qu'une seule fois. Les hôpitaux obtiennent également d'autres fonds pour des programmes spécifiques par le biais d'autres crédits parlementaires. Ces autres crédits seront abordés en détail plus loin dans le rapport.

11.3.1 Financement de base par le MS

Au cours de la période s'étendant de l'exercice 1995-1996 à 1999-2000, l'allocation de base du MSSLD aura été réduite de 7 381 216 $ avant la séparation de l'Institut de cardiologie. Les changements sont présentés à la figure 11.11.

Figure 11.11
Financement de base de L'Hôpital d'Ottawa
pour la période 1995-1996 à 1999-2000

	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00
FINANCEMENT INITIAL	338 972 708	339 449 608	317 877 488	301 169 913	310 276 194
Rajustement					
AUGMENTATION (RÉDUCTION)		(22 164 500)	(23 338 182)		3 101 512
REINVESTISSEMENT DANS LA SANTÉ MENTALE			1 007 786		
PASSAGE À LA NOUVELLE FORMULE DE FINANCEMENT					
FINANCEMENT DE TRANSITION - RESTRUCTURATION					
Sous-total - Rajustements	-	*(22 164 500)*	*(22 330 396)*	-	*3 101 512*
Croissance					
FINANCEMENT DE LA CROISSANCE					
Transferts de programmes					
CONGÉ DE CONTRIBUTIONS					4 142 765
INSTITUT DE CARDIOLOGIE					
Sous-total - Transferts de programmes	-	-	-	-	*4 142 765*
Programmes cliniques prioritaires					
MAINTIEN DES FONCTIONS VITALES		202 500	150 900		
UNITÉ PÉRINATALE	115 000				
PROGRAMMES CARDIOVASCULAIRES	361 900	389 880	3 358 373	3 090 194	2 976 119
SERVICES IRSU			1 736 400	1 687 687	1 457 585
PROTHÈSES ORTHOPÉDIQUES				193 400	
PROGRAMME DE TRAUMATOLOGIE				75 000	
SERVICES IRM			62 500		1 250 000
IMPLANTS COCHLÉAIRES					
TROUBLES DE L'ALIMENTATION			314 648		
PROGRAMME DE GREFFE DE MOELLE OSSEUSE				4 060 000	1 085 000
Sous-total – Progr. cliniques prior.	*476 900*	*592 380*	*5 622 821*	*9 106 281*	*6 768 704*
Soins infirmiers					
FINANCEMENT ADDITIONNEL – SOINS INFIRMIERS					6 021 822
MATERNITÉ / NÉONATALITÉ					1 280 495
Sous-total - SOINS INFIRMIERS	-	-	-	-	*7 302 317*
FINANCEMENT DE BASE FINAL	339 449 608	317 877 488	301 169 913	310 276 194	331 591 492

Les changements spécifiques illustrés à la figure 11.11 comprennent :

- **Rajustements** – Les rajustements au financement de base pendant la période se sont traduits par une réduction de 41 393 384 $ de l'allocation de base de LHO.

- **Réduction du financement de base** de 45 502 682 $ entre les exercices 1996-1997 et 1997-1998. Tous les hôpitaux ontariens ont vécu des réductions du financement au cours de cette période. Dans le cas LHO, la réduction du financement par le MS était de 6,5 % en 1996-1997 (plage des réductions : 2,5 % - 7 %), et de 7,3 % en 1997-1998 (plage des réductions : 3 % - 9 %). Ces réductions ont été calculées par la méthode des facteurs de rajustement. L'initiative de réinvestissement dans la santé mentale (Mental Health Reinvestment) a contrebalancé en partie l'effet des réductions en 1997-1998.
- Les rajustements au financement de base ont assuré un **financement général additionnel** en 1999-2000 de 3 101 512 $.
- **Croissance** – L'Hôpital a obtenu un financement ponctuel destiné à la croissance en 1997-1998 (616 255 $) et un montant de 536 324 $ a été ajouté en 1998-1999; une faible augmentation supplémentaire a porté le total à 1 186 835 pour l'exercice 1999-2000.
- **Transferts de programmes** – En novembre 1999, les activités des programmes de médecine et de chirurgie ont été transférées de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut à LHO, et le financement du MSSLD réservé à l'achat de tomodensitomètres a été transféré de LHO à Queensway-Carleton, ce qui représente un montant additionnel net de 4 142 765 $ en financement de base.
- **Programmes cliniques prioritaires** – Ces programmes sont financés principalement en fonction du volume de patients. Lorsque le volume augmente, le financement de base s'accroît. Une grande partie de ces programmes comportent également des éléments de financement ponctuel, où des rajustements sont apportés en fonction des volumes réellement atteints. Le financement de base de LHO a augmenté de 22 567 086 $ au cours de la période, afin de soutenir les programmes cliniques prioritaires.
- **Soins infirmiers** – Des augmentations de l'allocation de base totalisant 7 302 317 $ ont été reçues en 1999-2000 pour financer l'ajout d'infirmières en service général et en néonatalogie.

11.3.2 Financement ponctuel par le MS

Pendant la période s'étendant de l'exercice 1995-1996 à 1999-2000, les financements ponctuels versés par MSSLD à

LHO représentaient environ 7,4 % du total du financement de base et du financement ponctuel versés par le MSSLD pendant la période. Les éléments spécifiques, tels qu'illustrés à la figure 11.12, comprenaient :

- Financement ponctuel de 24 695 229 $ affecté aux **programmes cliniques prioritaires**.
- Un financement réservé à la **croissance** a été versé à titre de financement ponctuel avant d'être fusionné à l'allocation de base de l'hôpital pour l'exercice 1999-2000. LHO a reçu 2 819 704 $ en financement ponctuel destiné à la croissance au cours de la période.
- Le MSSLD a versé aux hôpitaux un financement ponctuel additionnel en 1998-1999 et en 1999-2000 afin de leur permettre d'ouvrir davantage de lits réservés aux soins intensifs pendant les périodes de pointe et ainsi d'améliorer l'accès aux **services d'urgence**. LHO a reçu 6 914 140 $ dans le cadre de cette initiative.
- Le MSSLD a versé un total de 40 631 519 $ (15 507 560 $ en 1998-1999 et 25 123 959 $ en 1999-2000) afin d'aider LHO à réduire les **pressions financières**.
- Le MSSLD a versé 12 367 961 $ en rajustements ponctuels divers, incluant une **subvention de transition**, un **rajustement du financement de référence** (1996-1997) et un remboursement des **coûts associés à la tempête de verglas** (1998-1999).
- Le MSSLD a versé 14 964 444 $ afin d'aider LHO à faire face aux coûts additionnels liés aux activités d'assurance de la **conformité à l'an 2000**.

Figure 11.12
Financement ponctuel versé à L'Hôpital d'Ottawa pour la période 1995-1996 à 1999-2000

	1995/9	1996/9	1997/9	1998/9	1999/0
Prog. clin. prioritaires					
PROGRAMMES DE CARDIOLOGIE	528 000	1 653 760	943 322	(366 321)	(1 176 307
SERVICES IRSU	2 095 063	3 642 400	3 734 968	(3 451 802)	1 776 720
PROTHÈSES ORTHOPÉDIQUES			47 070	(208 370)	3 200
PROGRAMME DE TRAUMATOLOGIE	1 883 774	2 775 000	2 130 000	150 000	1 695 000
MAINTIEN DES FONCTIONS VITALES	77 000				
IRM	135 200	207 000	213 000	40 200	
TROUBLES DE L'ALIMENTATION					
ONCOLOGIE - CHIMIE			475 600		
IMPLANTS COCHLÉAIRES					198 000
FÉCONDATION IN VITRO				(284 600)	(165 600
PROGRAMME DE GÉRIATRIE	(26 433)				
PÉRINATOLOGIE			(2 611 795)		
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE	1 810 000	3 030 000	3 242 300	249 600	
RÈGLEMENT PRIORITAIRE	(72 066)	543 900	(261 300)		
Sous-total – Prog. clin. prior.	*6 430 538*	*11 852 060*	*7 913 165*	*(3 871 293)*	*2 331 013*
Croissance			480 310	1 152 579	1 186 835
Services d'urgence				2 308 688	4 490 452
Pressions financières				15 507 560	25 123 959
Rajustements généraux					
FINANCEMENT DE LA TRANSITION				3 627 870	
RAJUSTEMENT DU FINANCEMENT DE RÉFÉRENCE		4 715 749			
FORMATION DES INFIRMIÈRES	75 000			26 266	
PASSAGE À LA NOUV. FORMULE DE FINANCEMENT					851 896
TRANSITION - RESTRUCTURATION					2 822 816
AUTRES FINANCEMENTS		48 884			
PÉNALITÉ POUR DEMANDE TARDIVE				(14 975)	
MOYENS DE PRESSION DES MÉDECINS			11 483		
REMBOURSEMENT - VERGLASCOSTS				202 972	
Sous-total – Rajust. généraux	*75 000*	*4 764 633*	*11 483*	*3 842 133*	*3 674 712*
An 2000				11 209 360	3 755 184
Remboursement des frais de restruct.			7 974 300	7 781 867	9 727 849
TOTAL FINANC. PONCTUEL	6 505 538	16 616 693	16 379 258	37 930 894	50 290 004

11.3.3 An 2000

Le MSSLD a versé un financement ponctuel aux hôpitaux afin de rembourser les coûts additionnels encourus pour assurer la conformité de leurs systèmes informatiques à l'an 2000. Ce financement de 14 964 444 $ a été appliqué à la fois aux coûts d'exploitation et aux coûts d'immobilisation. Les dépenses et le financement associés au passage à l'an 2000 sont décrites au tableau An 2000 (Y2K) tiré du Rapport de rapprochement relatif au financement du passage à l'an 2000 dans le secteur de la santé pour 1999-00 (1999/00 Reconciliation Report for Health Sector Year 2000 Funding). Le financement par le MSSLD a couvert 92 % des coûts d'exploitation et d'immobilisation admissibles. Les coûts d'immobilisation représentaient 49 % des coûts totaux admissibles. En plus des coûts admissibles, LHO a signalé avoir engagés des dépenses

de 15,1 millions de dollars afin de mettre à niveau ses systèmes de gestion pour assurer leur conformité à l'an 2000. Le financement du passage à l'an 2000 était identifié dans les résultats d'exploitation en tant que « Fonds réservés à des fins d'immobilisation – Non dans les recettes ».

11.3.4 Frais de restructuration et remboursement

L'Hôpital d'Ottawa a engagé des dépenses considérables pour ses activités de restructuration au cours des deux premières années (16,8 millions de dollars), suivies par deux années de surplus net lorsque le financement a finalement équilibré les dépenses, puis par un déficit de 3,8 millions de dollars en 1999-2000, qui a contribué pour l'Hôpital à un déficit direct de 13,25 millions de dollars à la fin de l'exercice 1999-2000. Le MSSLD rembourse 85 % des dépenses de restructuration admissibles. L'Hôpital d'Ottawa a obtenu un remboursement cumulatif correspondant à 71,1 % des frais de restructuration déclarés, puisque certaines des dépenses de restructuration ne sont pas admissibles selon les règles de financement du MSSLD. L'historique des frais de restructuration et des remboursements est illustré à la figure 11.13 ci-après.

Figure 11.13
Frais de restructuration de L'Hôpital d'Ottawa et remboursement jusqu'à l'exercice 1999-2000

	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	Cumul
REMBOURSEMENTS	-	-	8 550 900	14 701 208	9 354 994	32 607 102
COÛTS DE RESTRUCTUR	11 226 462	5 580 964	7 377 116	8 513 000	13 159 583	45 857 125
Surplus net (déficit)	**(11 226 462)**	**(5 580 964)**	**1 173 784**	**6 188 208**	**(3 804 589)**	**(13 250 023)**

11.3.5 Utilisation des augmentations du financement par l'Hôpital

À l'exception du financement affecté au passage à l'an 2000 (voir ci-dessus), il semble que les augmentations du financement aient été mises en commun avec les autres recettes afin de soutenir les activités de l'Hôpital.

11.4 Production des recettes de l'Hôpital

L'Hôpital produit des recettes substantielles, en plus du financement de base et du financement ponctuel obtenus du MSSLD. Ces recettes sont illustrées par catégorie pour la période 1997-1998 à 1999-2000 à la figure 11.14 ci-après.

Figure 11.14
Recettes provenant de sources autres que le MSSLD pour la période 1997-1998 à 1999-2000[185,186]

	1997-98	1998-99	1999-00	% changem. de 1997-98
QUÉBEC - HOSPITALISATION	12 809 825	10 122 688	10 537 463	-17,7 %
QUEBEC – CLINIQUE EXTERNE	7 338 476	8 919 907	9 269 734	26,3 %
PROTECTION-SANTÉ	22 943 187	22 922 679	23 507 168	2,5 %
GOUV. FÉD., CSAT, AUTRES PROVINCES	6 397 167	7 647 201	7 086 369	10,8 %
ÉTRANGERS, NON ASS., CHARGE DU PATIENT (MOINS RECETTES DIFF.)	4 580 937	4 867 526	5 838 919	27,5 %
RECETTES DIFFÉRENTIELLES	19 793 775	20 370 507	18 895 129	-4,5 %
SERVICES D'ORIENTATION	1 030 774	885 990	835 054	-19,0 %
SERVICES COMMERCIALISÉS	4 451 744	4 225 157	4 443 697	-0,2 %
RÉCUPÉRATION DE MÉDICAMENTS	6 397 775	7 382 292	7 876 692	23,1 %
RECOUVREMENTS – PROGR. CHIRURGIE	247 255	487 202	367 886	48,8 %
RECOUVREMENT – LABO CLINIQUE	1 338 191	1 008 265	1 035 035	-22,7 %
INSTALLAT. – RECOUVR. DE ORCC	1 500 114	1 557 773	1 539 296	2,6 %
RECOUVREMENTS - RÉMUNÉRATION	1 134 467	1 114 068	900 496	-20,6 %
PHARMACIE AU DÉTAIL	6 490 635	7 425 892	7 468 115	15,1 %
SIG	865 187	676 699	(13 929)	-101,6 %
SERVICES DE NUTRITION / ALIMENTATION	3 736 852	4 081 841	4 408 315	18,0 %
STATIONNEMENT	4 455 827	4 757 553	5 088 819	14,2 %
CRÉANCES DOUTEUSES	(797 597)	(1 308 490)	(2 798 118)	250,8 %
INTERDEPARTMENTAL SERVICES	1 016 200	-	123 164	-87,9 %
SUBVENTIONS ET AMORTISS.	4 052 773	7 753 707	10 438 256	157,6 %
REVENUS DE PLACEMENTS	3 248 578	715 069	116 605	-96,4 %
AUTRES	3 563 049	2 947 685	3 044 123	-14,6 %
Total	**116 595 191**	**118 561 211**	**120 008 288**	**3,7 %**

Les résultats témoignent d'une croissance globale de 3,7 % au cours de la période[187]. Les changements spécifiques notables comprennent :

- Après plusieurs années de déclin, les recettes associées aux hospitalisations de patients québécois semblent s'être stabilisées en 1999-2000. Les recettes associées aux services de consultation externe pour les patients québécois ont augmenté de plus de 20 % par année. La diminution globale est attribuable à la fois à la diminution du volume et du taux de facturation. De plus, LHO a accepté d'hospitaliser des patients québécois alors que ces cas n'avaient pas été préapprouvés par le gouvernement du

[185] Données fournies par le service des Finances de LHO. Ces chiffres ne comprennent pas l'Institut de cardiologie.

[186] En 1997-1998, le campus Civic comptabilisait les recettes relatives à l'EPO et à la cyclosporine sous « Autres crédits ». Un montant de 3 384 825 $ qui avait été inclus dans le total des recettes de LHO a été inclus ici aussi afin de faciliter les comparaisons.

[187] L'Hôpital a cessé d'employer les frais interservices en 1998/99. Les recettes associées à ces frais ont été exclues du calcul du pourcentage d'augmentation des recettes de sources autres que le MSSLD, puisqu'elles augmentaient artificiellement les recettes pour 1997-1998.

Québec. Les recettes associées à ces patients étaient donc calculées au taux de 450 $ par jour plutôt qu'au taux interprovincial standard de 828 $ par jour avant l'exercice 1998-1999 et de 745,20 $ depuis cet exercice.

- Les recouvrements indiquent une augmentation de 2,8 millions de dollars. Bien entendu, ces recettes sont exactement contrebalancées par les dépenses.
- La diminution des dépenses associées au SGI correspond à la fin des activités du service de soutien des systèmes d'information. Le personnel en cause a été réaffecté à la mise en œuvre des systèmes conformes à l'an 2000 pour l'Hôpital.
- Le montant des créances douteuses a diminué considérablement en 1999-2000 en raison des rémissions de dettes additionnelles recommandées par les vérificateurs.
- Les frais et recettes interservices ont été supprimés après 1997-1998.
- Le fléchissement du fond de roulement se manifeste directement dans la diminution des revenus de placements de 3,2 millions de dollars en 1997-1998 à seulement 116 605 $ en 1999-2000.

11.4.1 Hospitalisation en chambre privée ou semi-privée

L'expérience de L'Hôpital d'Ottawa au cours des cinq dernières années s'est révélée similaire à celle d'autres centres. Les hôpitaux ont haussé leurs frais d'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée afin de maximiser cette source de recettes indépendante du MSSLD lorsque le MSSLD a abaissé son niveau de financement de base en 1996-1997. Dans un premier temps, les recettes provenant des chambres privées ou semi-privées ont augmenté. L'Hôpital d'Ottawa a en fait étendu la période de croissance lorsqu'il a réalisé la péréquation entre ses frais d'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée et les frais les plus élevé parmi les trois hôpitaux remplacés par LHO en 1998-1999. Toutefois, cette catégorie de recettes a atteint un plafond en 1998-1999 puis a commencé à fléchir, ce qui correspond à une tendance manifestée par les autres hôpitaux de la province. En revanche, dans le cas de L'Hôpital d'Ottawa, le fléchissement est attribuable non seulement à la résistance des clients à l'égard des taux plus élevés, mais également à l'incapacité croissante d'offrir aux patients les chambres appropriées (en raison des

taux d'occupation extrêmement élevés). Néanmoins, LHO a enregistré des recettes de 18 995 129 $ en frais d'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée pour l'exercice 1999-2000. Comme on le constate à la figure 11.15, L'Hôpital d'Ottawa a déclaré le second rendement le plus élevé par jour d'hospitalisation en sois intensifs, ainsi que les recettes totales les plus élevées pour hospitalisation en chambre privée ou semi-privée parmi les grands hôpitaux de la province.

Figure 11.15
Recettes provenant des hospitalisations en chambre privée ou semi-privée – 1999-2000

1999-00	Jours soins int.	Recettes diff.	Par jour	Rang
MOUNT SINAI	65 389	6 866 239	105.01	1
OTTAWA	246 695	18 895 128	76.59	2
LHSC	164 765	10 089 020	61.23	3
UHN	223 549	12 814 465	57.32	4
S&WCHSC	152 935	6 789 672	44.40	5
HAMILTON	196 376	8 036 198	40.92	6
ST. MICHAEL'S	144 175	5 038 545	34.95	7
HAMILTON ST. JOSEPHS	87 684	2 419 294	27.59	8
		MOYENNE	56.00	
		MÉDIANE	50.86	

11.5 Facteurs contribuant à la situation actuelle

11.5.1 Volume des services offerts

Les tendances actuelles en matière de volumes de services offerts sont résumées à la figure 11.16. Les hospitalisations en soins intensifs et les chirurgies le jour de l'admission (cas pondérés) ont diminué de 1,9 % depuis 1995-1996, et l'orientation vers les chirurgies le jour de l'admission est clairement visible. Au contraire, les volumes de soins ambulatoires ne manifestent pas de tendance marquée : les consultations d'urgence sont légèrement en hausse (5,84 %), les autres consultations de jour et de nuit sont largement en hausse (25,63 %) et les consultations en clinique sont en baisse (9,25 %). Globalement, ces volumes de services ne permettent pas de s'attendre à une augmentation notable des frais d'exploitation.

Figure 11.16
Tendances en matière de volumes de services à L'Hôpital Ottawa pour la période 1995-1996 à 1999-2000

	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	Chang.
Statistiques - Hospitalisations						
INPATIENT OCW	88 242	87 071	84 847	87 602	84 841	-3,85 %
SDS DPG WEIGHTS	7 457	8 394	9 109	9 309	9 017	20,92 %
TOTAL WTD CASES	95 699	95 464	93 957	96 911	93 858	-1,92 %
PATIENT DAYS	451 945	424 618	400 424	415 893	394 161	-12,79 %
Statistiques – Clinique externe						
URGENCES	131 566	127 575	125 561	132 962	139 243	5,84 %
SOINS JOUR/ NUIT						
CAS DE CHIRURGIE / ENDOSCOPIE	28 178	23 514	22 755	4 008	28 453	0,96 %
VISITES CHIRURGIE / ENDOSCOPIE	23 057	10 389	29 761	30 514	17 217	-25,33 %
AUTRES VISITES JOUR/ NUIT	73 089	72 851	82 760	30 972	91 824	25,63 %

11.5.2 Productivité (augmentation/diminution en heures)

L'expérience de L'Hôpital d'Ottawa relative aux variations du nombre d'heures travaillées au cours de la période 1995-1996 à 1999-2000 est illustrée à la figure 11.17. Les heures ont augmenté de 9,6 % depuis le creux de 1997-1998. Le transfert des activités du programme de l'Hôpital Grace de l'Armée du salut en 1998-1999 pourrait avoir contribué à l'augmentation des heures pour les exercices 1998-1999 et 1999-2000. Le transfert ayant eu lieu en novembre 1999, l'effet pour 1998-1999 est équivalent à 5/12^{e} d'une année et celui pour 1999-2000 est équivalent à 7/12^{e} d'une année. Toutefois, on remarquera que les nouvelles activités associées à ce programme n'ont eu aucun effet notable sur les statistiques mentionnées ci-dessus.

Figure 11.17
Total des heures travaillées à L'Hôpital d'Ottawa pour la période 1995-1996 à 1999-2000[188]

	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00
CIVIC	6 264 927	6 004 600	5 479 363		
GENERAL	3 945 052	3 768 458	4 070 111		
RIVERSIDE	1 258 521	1 170 276	1 181 637		
HÔPITAL D'OTTAWA (DÉCLARÉ)	11 468 500	10 943 334	10 731 111	11 173 304	10 752 000
INSTITUT CARDIO (SEPTEMBRE)	-	-	-	-	1 007 971
INSTITUT CARDIO (AVEC LHO)	-	-	953 723	946 286	-
HÔPITAL D'OTTAWA (AVEC HI)	11 468 500	10 943 334	10 731 111	11 173 304	11 759 971
CHANGEMENT (HEURES)		(525 166)	(212 223)	442 193	586 667
POURCENT. CHANGEM.		-4,6 %	-1,9 %	4,1 %	5,3 %
HÔPITAL D'OTTAWA (SANS HI)			9 777 388	10 227 018	10 752 000
CHANGEMENT (HEURES)				449 630	524 982
POURCENT. CHANGEM. LHO				4,6 %	5,1 %

11.5.3 Coûts unitaires

Le congé de contribution au régime de pension des hôpitaux de l'Ontario (HOOPP) a contrebalancé dans une certaine mesure l'accroissement de la charge salariale. Les coûts des prestations ont diminué pour passer de 22,2 % des traitements et salaires en 1995-1996 à 19,5 % en 1999-2000. Cette diminution de 12 % a contribué à limiter à 2,3 % l'augmentation conjointe des salaires et des coûts des prestations pendant la période.

Le salaire horaire moyen consolidé était de 22,62 $ en 1995-1996. En 1999-2000 il était de 4,6 % plus élevé, soit 23,66 $. On notera que le salaire moyen varie en fonction des taux de traitement, des variations dans la proportion des catégories de personnel qui assure les services, des variations du niveau d'ancienneté tel que reconnu dans les différentes échelles de salaire et enfin des charges de main-d'œuvre à payer en fin d'exercice. Les augmentations ont été retardées pour les employés appartenant à certains syndicats en raison de la négociation des conventions. L'exercice 1998-1999 comporte des charges additionnelles de 2,5 millions de dollars et celui de 1999-2000, des charges additionnelles de 12,8 millions de dollars. Selon les prévisions de LHO, on s'attend à ce que les taux de traitement augmentent en conséquence des conventions récemment négociées, et à ce que le salaire moyen augmente considérablement en 2000-2001.

LHO a entrepris l'exercice 2000-2001 avec des coûts de main-d'œuvre accumulés de 14,85 millions de dollars. Son budget

[188] Source : Rapports complémentaires de fin d'exercice

prévoit une augmentation de 10,75 millions de dollars en coûts de main-d'œuvre. Les prévisions actuelles relatives aux conséquences financières des ententes conclues avec le SCFP et le SEFPO indiquent que les coûts des salaires rétroactifs et de la péréquation dépasseront de 11,9 millions de dollars les charges à payer accumulées.

11.6 Coûts d'immobilisation de l'Hôpital

11.6.1 Dépenses

Comme on le constate à la figure 11.2, L'Hôpital d'Ottawa a consacré 122,69 millions de dollars aux acquisitions d'immobilisations pendant la période 1995-1996 à 1999-2000. Les dépenses en capital ont contribué à une diminution de 22,04 millions de dollars du fonds de roulement pendant la période. Les autres détails relatifs aux dépenses en capital de l'Hôpital pendant la période 1997-1998 à 1999-2000 sont illustrés à la figure 11.18. Les systèmes d'information ont représenté la catégorie de dépenses la plus importante en 1997-1998 et en 1998-1999, soit entre 60 et 70 % des dépenses en capital.

Figure 11.18
Résumé des acquisitions d'immobilisations, avril 1997 à octobre 1999

	1997-98	1998-99	1999-00
BÂTIMENTS ET CIP	2 588 000	4 942 223	15 741 000
ÉQUIPEMENT D'ENTRETIEN		607 997	
ÉQUIPEMENT IMPORTANT	3 079 167	4 903 805	8 944 000
INFORMATION	15 684 033	17 757 975	7 404 000
TOTAL	21 351 200	28 212 000	32 089 000

Les dépenses en capital de L'Hôpital d'Ottawa sont comparées à celles des autres hôpitaux d'enseignement de l'Ontario à la figure 11.19. L'Hôpital d'Ottawa se situe à la fois sous la moyenne et sous la médiane, ce qui permet de conclure que ses dépenses en capital n'étaient pas excessives en comparaison des autres grands hôpitaux.

Figure 11.19
Cumul des dépenses en capital, en pourcentage des coûts d'exploitation de l'Hôpital entre 1997-1998 et 1999-2000 (à l'exclusion des coûts de restructuration)

Hôpital	Pourc.
Hôpital d'Ottawa	5,78 %
Hamilton HSC	3,00 %
Hamilton St. Joseph's	4,38 %
London HSC	10,40 %
Mount Sinai Hospital	13,66 %
St. Michael's Hospital	8,02 %
Sunnybrook & Women's	6,87 %
University Health Network	5,66 %
Moyenne	7,22 %
Médiane	6,33 %

11.6.2 Dépenses en capital projetées

Les prévisions en matière de dépenses en capital pour 2000-2001 s'élèvent à 21,5 millions de dollars, soit 9,5 millions pour les bâtiments, 7,0 millions pour l'équipement essentiel et 5,0 millions pour les systèmes d'information.

Les prévisions actuelles de l'Hôpital en matière de dépenses en capital pour les sept prochaines années (jusqu'à 2007-2008) sont ventilées ainsi :

Figure 11.20
Plan d'investissement d'ici 2007-2008

	Prévisions
IRM	6 000 000
LABORATOIRE RÉGIONAL	18 000 000
BÂTIMENT	29 500 000
DÉCOMM. / RENOUV. BÂTIMENT	25 000 000
TERRAINS DE STATIONNEMENT	23 000 000
EXPANSION FIV / CROISSANCE	2 700 000
PROJET D'IMMOBILISATION	173 000 000
SYSTÈMES D'INFORMATION	51 247 000
ÉQUIP. MÉDICAL/ NON MÉDICAL	83 900 000
TOTAL PRÉVISIONS CAP.	412 347 000

11.7 Plan de financement

Le plan de financement actuel fait état d'un manque à gagner de 107,7 millions de dollars par rapport aux dépenses en capital prévues au cours des sept prochaines années. Les prévisions en matière de recettes visant à soutenir les dépenses en capital, par catégorie, sont illustrées à la figure 11.21.

Figure 11.21
Recettes prévues visant à soutenir le plan d'investissement d'ici 2007-2008

	Prévisions
DÉPRÉCIATION	120 000 000
FONDATIONS	31 000 000
MSSLD - LABO	124 150 000
MSSLD - DÉSAFFECTATION	17 500 000
GOUVERNEMENT LOCAL	12 000 000
TOTAL PRÉV. FINANCEMENT	304 650 000

Toutefois, la portée de ces prévisions est limitée :

- Elles ne tiennent pas compte des besoins en recherche et du financement connexe
- Elles ne tiennent pas compte du financement du regroupement des activités du Laboratoire de neurosciences
- Elles ne tiennent pas compte des besoins en capital du Centre de réadaptation
- Elles ne tiennent pas compte des besoins en capital de l'Institut de cardiologie

Le calcul des recettes prévues est fondé sur certaines suppositions, dont :

- Le MSSLD financera 65 % des coûts de développement du laboratoire de la CRSS
- Le MSSLD financera 70 % des coûts de désaffectation
- Les Fondations peuvent recueillir 30 millions de dollars au cours d'une campagne de six ans
- Le financement par le gouvernement local n'est pas assuré : des discussions sont actuellement en cours avec la nouvelle Ville d'Ottawa afin de déterminer un taux de financement approprié pour tous les projets de centre hospitalier de la Région

Au début de 2000-2001, le fonds de roulement de L'Hôpital d'Ottawa accuse un déficit de 75,4 millions de dollars. Le déficit de fonctionnement prévu de 75,0 millions de dollars pour 2000-2001 contribuera à faire pratiquement doubler le déficit du fonds de roulement, et les dépenses en capital ainsi que le remboursement de la dette à long terme ajouteront 1,8 millions de dollars, pour un déficit du fonds de roulement

prévu de 152,2 millions de dollars en fin d'exercice. L'Hôpital s'est engagé à rembourser annuellement 500 000 $ sur la dette à long terme (200 000 $ en 2004-2005).

Même après l'élimination du déficit du fonds de roulement, l'Hôpital aura peu d'occasions de générer un excédent de fonctionnement et d'obtenir des dons. Sa capacité de remboursement de la dette est donc limitée.

11.8 Conséquences financières de l'inaction – 2000-2001

Le plan de fonctionnement pour 2000-2001 avait d'abord prévu un déficit de fonctionnement de 35 954 462 $. Ce résultat représente une détérioration marquée de la capacité de fonctionnement de l'Hôpital. Les prévisions de fin d'année au second trimestre, préparées par l'Hôpital à l'intention du MSSLD, font état d'une situation encore plus problématique avec un déficit de fonctionnement prévu pour 2000-2001 de 67 679 702 $, soit 72 067 962 $ avec les coûts de restructuration. Dans le calcul de ces prévisions, l'augmentation des dépenses (47 435 444 $) est de beaucoup supérieure à celle des recettes (10 731 654 $).

Les changements notables prévus en matière de recettes et de dépenses en 2000-2001 sont illustrés aux figures 11.22 et 11.23 :

Figure 11.22
Changements prévus en matière de recettes pour 2000-2001
(à l'exclusion des coûts de restructuration et de l'Institut de cardiologie)

Catégories de recettes pour l'exercice 2000-2001	Augment. (millions $)	Dimin. (millions $)
MSSLD – Financement de base	32,7	
MSSLD – Financement ponctuel		25,5
Recettes – Patients du Québec hospitalisés		5,3
Autres recettes attribuables aux patients de sources autres que le MSSLD	5,9	
Recettes différentielles et quote-parts		0,2
Revenus de placements		0,1
Recettes non distribuées et diverses	3,1	
Amortissement des subventions et dons	0,1	
Total augmentations et diminutions	41,5	31,1
Changement net des recettes[189]	10,7	

[189] Différence due à l'arrondissement

Figure 11.23
Changements prévus en matière de dépenses pour 2000-2001
(à l'exclusion des coûts de restructuration et de l'Institut de cardiologie)

Catégories de dépenses pour l'exercice 2000-2001	Augment. (millions $)	Dimin. (millions $)
Coûts de rémunération – Général	17,0	
Rémunération – SCFP, rétroactif	11,5	
Rémunération – SCFP % 2000-2001 à la fin d'exercice	2,2	
Rémunération – SCFP Normalisation des salaires	10,1	
Rémunération – SCFP ILD et modalités	0,6	
Rémunération – SEFPO, rétroactif au 31 mars 1999	9,8	
Rémunération – SEFPO Normalisation des salaires jusqu'en mars 2000	6,0	
Rémunération – SEFPO Normalisation des salaires jusqu'en mars 2001	6,0	
Prestations – Général		0,7
Prestations – Entente avec le CUPE	4,8	
Prestations – Entente avec le SEFPO	4,3	
Coûts de rémunération et des prestations déjà accumulés et comptabilisés		25,6
Salaires du personnel médical		0,2
Fournitures médicales et chirurgicales	0,8	
Coût des médicaments	2,0	
Fournitures générales et autres dépenses		0,7
Créances douteuses : mise en œuvre du nouveau système		1,7
Frais d'intérêt	0,3	
Amortissement et location d'équipement	1,0	
Total augmentations et diminutions	80,0	28,9
Changement net des dépenses	47,4	

Cette évolution défavorable des résultats d'exploitation contribue également à abaisser le fonds de roulement prévu à la fin de l'exercice 2000-2001 à un déficit de 147,2 millions de dollars, en comparaison du déficit de 115,5 millions initialement prévu dans le plan de fonctionnement pour 2000-2001. Le déficit du fonds de roulement à la fin de l'exercice 1999-2000 était de 75,4 millions de dollars. Si la tendance actuelle se maintient, le déficit pourrait atteindre un demi milliard de dollars en moins de trois ans.

11.8.1 Emprunts contractés par l'Hôpital

L'Hôpital s'est procuré différents outils de gestion de la dette afin de disposer de la souplesse nécessaire pour continuer ses activités malgré les difficultés financières actuelles. Ces outils comprennent :

- Marge de crédit renouvelable de 24 000 000 $ destinée aux

dépenses courantes et non pas au financement du déficit ni aux dépenses en capital

- Demande de prêt-relais de 84 000 000 $ réservé à la portion des dépenses en capital qui doivent être remboursées d'ici un an par le MSSLD. Le MSSLD doit approuver ce projet par écrit.
- Demande de prêt à tempérament de 36 000 000 $ destiné à financer les dépenses en capital approuvées par le MSSLD, lorsque le financement ou le remboursement doit provenir de sources autres que le MSSLD
- Demande de prêt à tempérament de 5 000 000 $ afin de rembourser les prêts et les baux existants pour l'équipement existant
- Lettres de crédit : 1 000 000 $
- Contrats de change : 1 000 000 de dollars US
- Carte d'entreprise Visa : 100 000 $
- Crédit sur chèque : 100 000 $
- Carte d'achat Visa : 1 000 000 $

À l'heure actuelle, la marge de crédit renouvelable est le seul outil utilisé. Au 29 janvier 2001, LHO avait puisé 11,1 millions de dollars dans cette marge de crédit, et le MSSLD avait fournit une avance en espèces sans intérêt de 50 000 000 $ à déduire des versements du MS en février et en mars 2001.

12.0 Coûts, revenus et équité du financement

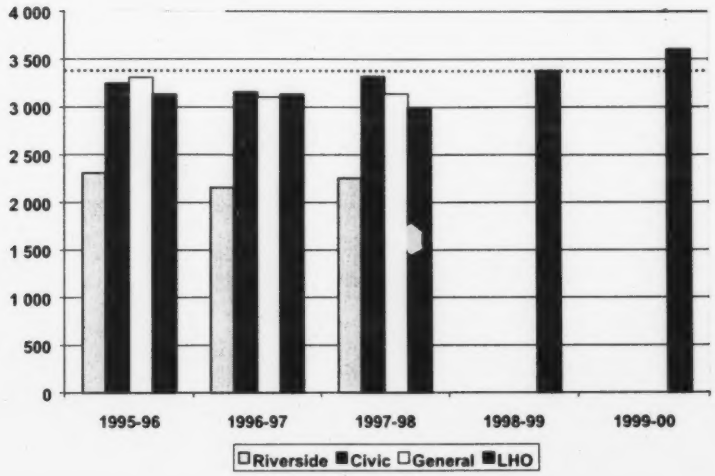
Les hôpitaux inclus dans la présente comparaison sont indiqués au tableau ci-dessous, avec une explication de la méthode employée pour combiner les données OCDM des hôpitaux remplacés par LHO afin d'obtenir des données utiles à la comparaison pour les années précédentes. Les données OCDM ont été examinées pour la période 1995-1996 à 1998-1999. Le traitement des données du MSSLD n'était pas terminé à temps pour tenir compte des résultats pour 1999-2000.

Hôpital	Notes sur les fusions aux fins de comparaison
Hôpital d'Ottawa	Avant 1997-1998 fusion de Riverside, Ottawa General et Ottawa Civic
Hamilton St. Joseph's	
Hamilton Health Sciences Centre	Avant 1997-1998 fusion de Hamilton Civic et Chedoke-McMaster
London Health Science Centre	Avant 1997-1998 fusion de University Hospital, Victoria Hospital
Mount Sinai	
St. Michael's	1996-1997 et 1997-1998 fusion de St. Michael's et Wellesley 1995-1996 fusion de St. Michael's, Wellesley et Central
Sunnybrook et Women's Health Science Centre	Fusion de Sunnybrook, Women's College et Orthopaedic & Arthritic
University Health Network	Avant 1998-1999 fusion de TTH et Princess Margaret

12.1 Comparaisons des coûts par cas pondéré et des coûts prévus par cas pondéré

La figure 12.1 illustre le coût réel par cas pondéré, selon la méthodologie OCDM, pour LHO et les hôpitaux qu'il a remplacés. Le coût réel par cas pondéré en 1998-1999 excède en fait le coût le plus élevé des trois hôpitaux remplacés, malgré le fait que 14 000 cas pondérés ont été transférés de Riverside (CPCP de 2 413 $) à LHO (CPCP de 3 202 $). L'augmentation du coût réel par cas pondéré entre 1997-1998 et 1998-1999 laisse entendre que le cas de Riverside ont été absorbés par LHO au taux plus élevé des institutions académiques.

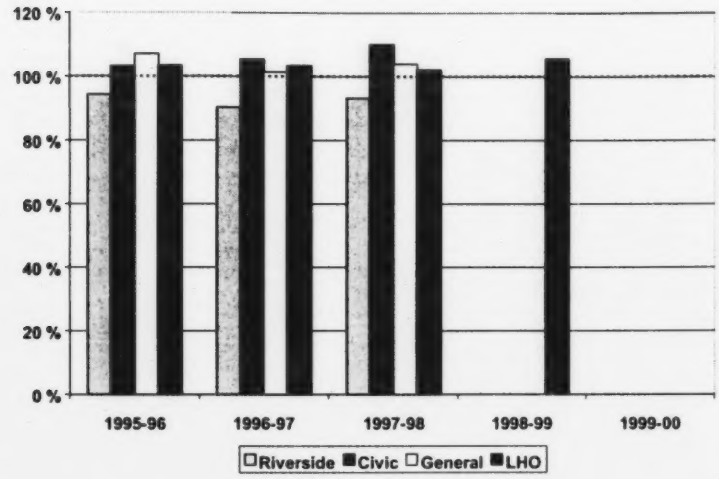
Figure 12.1
Coûts réels OCDM pour L'Hôpital d'Ottawa par cas pondéré



La figure 12.2 illustre une comparaison du CRCP et du CPCP. Les résultats des hôpitaux remplacés par LHO ont été combinés afin de prolonger la comparaison jusqu'en 1995-1996. On constatera entres autres que :

- Parmi les trois hôpitaux remplacés, seul Riverside est parvenu à maintenir un CRCP inférieur au CPCP, et ce de façon uniforme.
- Le CRCP (coût réel par cas pondéré) de LHO a excédé de façon constante le CPCP. En 1998-1999, le CRCP de LHO a excédé le CPCP de 5,5 %.

Figure 12.2
Coût réel pour L'Hôpital d'Ottawa par cas pondéré en pourcentage du coût prévu par cas pondéré



12.1.1 Comparaison du coût par cas pondéré avec les autres grands hôpitaux

En 1998-1999 le LHO occupait une position équilibrée en comparaison avec les autres grands hôpitaux de la province, avec un CRCP se situant entre la moyenne et la médiane du groupe témoin, comme le témoigne la figure 12.3. Toutefois, le CRCP de l'Hôpital a augmenté de 7,8 % depuis 1995-1996, ce qui le place au-dessus de la médiane du groupe témoin (5,6 %).

Figure 12.3
Comparaison du coût réel par cas pondéré

	Coût réel par cas pondéré				
	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	Change
HÔPITAL D'OTTAWA	3 133	2 991	3 101	3 377	7,80 %
HAMILTON HSC	3 248	3 221	3 262	3 564	9,73 %
HAMILTON ST. JOSEPH'S	2 781	2 791	2 641	2 851	2,52 %
LONDON HSC	3 297	3 322	3 307	3 561	7,99 %
MOUNT SINAI	3 221	3 096	3 166	3 216	-0,16 %
ST. MICHAEL'S	3 271	3 011	3 200	3 526	7,80 %
SUNNYBROOK & WOMEN'S	3 231	3 182	3 208	3 412	5,60 %
UNIVERSITY HEALTH NETWORK	3 851	3 454	3 244	3 496	-9,21 %
BASSE	2 781	2 791	2 641	2 851	2,52 %
MOYENNE	3 254	3 134	3 141	3 375	3,73 %
MÉDIANE	3 240	3 139	3 204	3 454	6,62 %
HAUTE	3 851	3 454	3 307	3 564	-7,44 %
FOURCHETTE	1 070	663	666	713	-33,34 %

On remarquera la compression de la fourchette des CRCP au

cours de cette période de quatre ans. La fourchette des CRCP était de 1 070 $ en 1995-1996, et de 713 $ en 1998-1999, ce qui représente une réduction du tiers.

En 1998-1999, seul le CPCP de Hamilton était plus élevé que celui de LHO, comme on le constate à la figure 12.4. Néanmoins, LHO est le mieux placé pour réaliser des économies en ramenant ses coûts réels de fonctionnement au niveau de ses CPCP. L'Hôpital d'Ottawa aurait pu diminuer ses coûts de fonctionnement de 16,7 millions de dollars en 1998-1999 si ses CRCP avaient été égaux à ses CPCP.

Figure 12.4
Comparaison des coûts prévus par cas pondéré – 1998-1999

HÔPITAL	CRCP	CPCP	% CPCP	Rang	1998-99 Cas pond.
TORONTO MOUNT SINAI	3 215.72	3 620.24	-11.17	1	26 563
TORONTO HOSPITAL CORP	3 496.15	3 682.17	-5.05	2	95 698
HAMILTON ST JOSEPH'S	2 851.38	2 973.06	-4.09	3	32 101
TORONTO SUNNYBROOK & WOMEN'S	3 468.38	3 515.77	-1.35	4	56 052
LONDON HEALTH SCIENCES	3 561.09	3 480.21	2.32	5	67 564
TORONTO ST MICHAEL'S	3 525.62	3 378.62	4.35	6	52 797
OTTAWA HÔPITAL D' OTTAWA	3 376.69	3 201.90	5.46	7	95 698
HAMILTON HEALTH SCIENCES	3 563.57	3 373.06	5.65	8	72 023

12.2 Comparaison du financement et des recettes avec les autres grands hôpitaux

L'Hôpital d'Ottawa maintient depuis quelque temps déjà que le MSSLD lui accorde moins de fonds qu'aux autres hôpitaux de l'Ontario. La présente analyse vise à explorer le financement et les recettes de l'Hôpital afin de mieux comprendre cette situation.

Les préoccupations en matière d'équité du financement ne sont pas nouvelles en Ontario, et ne sont pas uniquement le fait de L'Hôpital d'Ottawa. Plusieurs initiatives visant à favoriser l'équité, introduites dans les années 90, ont permis d'établir une approche méthodologique d'identification et de correction des injustices. Le JPPC a publié à cet égard plusieurs documents de référence utiles[190] tels que « Understanding How Hospitals are Funded: An Introduction », qui fournissent des éléments d'information utiles sur les modes de financements des hôpitaux. Toutefois, le fait est que les hôpitaux ontariens sont financés via un système de subventions qui existe depuis bien plus longtemps que les

[190] La plupart de ces documents sont disponibles en ligne à l'adresse www.jppc.org.

initiatives d'équité du financement. Pour éviter de financer plutôt la désorganisation du système, les méthodes d'assurance de l'équité mises en œuvre n'ont permis d'apporter que des corrections mineures aux injustices apparentes en matière de financement.

Au début de 2000, un sous-comité du comité sur le financement du JPPC a entrepris l'élaboration d'une méthode de calcul des divergences de financement qui permettrait de mettre en place un mode de financement réellement équitable des hôpitaux. Contrairement à méthode consistant à comparer le coût réel par cas pondéré au coût prévu par cas pondéré, la nouvelle approche comparerait le financement réel par cas pondéré au financement prévu par cas pondéré. Les travaux du sous-comité n'ont pas été publiés; toutefois, il semble qu'on ait pu calculer le financement prévu du MSSLD et, en tenant compte de certains rajustements tenant compte des écarts dans les recettes, le comparer au financement réellement obtenu et ainsi déterminer des niveaux de sous-financement ou de sur-financement. L'analyse des données pour 1998-1999 indique un déficit de financement apparent de 14,8 millions de dollars pour L'Hôpital d'Ottawa. Si cette analyse est exacte, et si le MSSLD reconnaissait la nécessité de fournir ce financement additionnel, l'Hôpital serait davantage en mesure d'en arriver à un budget de fonctionnement équilibré.

Un des objectifs du présent projet consistait à analyser le financement de LHO en comparaison des autres hôpitaux similaires d'Ontario, et de faire les commentaires appropriés. Les résultats de cette analyse sont présentés dans les paragraphes qui suivent.

12.2.1 Recettes et dépenses de l'Hôpital

Les recettes et le financement d'un hôpital dépendent de la prestation de différents services, par exemple l'hospitalisation en soins intensifs, les chirurgies le jour de l'admission, les soins prolongés, les services de réadaptation, les soins en clinique externe et les services d'orientation des patients. Les recettes doivent couvrir à la fois les coûts directs de prestation des services et les frais généraux liés au fonctionnement de l'hôpital. Les recettes provenant des services de soins sont mises en communs avec les autres recettes (provenant par exemple des locations de chambre privée ou semi-privée, des droits de stationnement et des services commercialisés) afin de disposer des fonds suffisants pour couvrir les coûts d'exploitation de l'hôpital. Les recettes sont divisées en

catégories selon la source et le type de service (figure 12.5a); les dépenses sont classées par catégorie à la figure 12.5b.

Figure 12.5a
Catégories de recettes de l'Hôpital

MSSLD		Recettes différentielles	Sources autres que le MSSLD		Autres recettes
Base	Ponctuel		Hospitalisation	Clinique externe	

Figure 12.5b
Catégories de dépenses de l'Hôpital

Hospitalisation		Clinique externe	Réadap. / soins prolongés	Frais généraux
MSSLD	Autre que MSSLD			

L'analyse et la comparaison du financement des hôpitaux présente plusieurs défis sur le plan de la méthodologie. Ces défis comprennent :

- Le financement de base par le MSSLD est réservé aux activités courantes de l'hôpital : soins directs aux patients hospitalisés, réadaptation et soins prolongés, clinique externe et frais généraux. Bien que les financements ponctuels soient souvent affectés à des emplois spécifiques, il n'est pas rare que le financement du MSSLD soit affecté aux services d'hospitalisation et de clinique externe. Le financement de base du MSSLD consiste uniquement en nnn millions de dollars destinés aux activités de l'hôpital, et n'est divisé, par exemple, en yyy millions de dollars destinés aux soins intensifs, xxx millions de dollars destinés à la clinique externe, etc.
- Les services de clinique externe fournissent aux hôpitaux des recettes distinctes du financement par le MSSLD. Ces recettes sont combinées à une partie du financement du MSSLD afin de défrayer les coûts directs des services de clinique externe. Au contraire des soins d'hospitalisation, pour lesquels les cas pondérés offrent une unité de mesure universelle des volumes de patients hospitalisés, il n'existe aucune unité de mesure acceptée pour les services de clinique externe. Bien qu'il soit possible d'isoler les recettes provenant des services de clinique externe et non du MSSLD, il n'est pas possible d'isoler les coûts directs de prestation de ces services. Or, il est essentiel de pouvoir faire correspondre les recettes et les coûts aux fins de la présente analyse, puisqu'il existe des différences entre les

hôpitaux à la fois en ce qui a trait à l'importance des services de clinique externe en comparaison des services d'hospitalisation, et en ce qui a trait au pourcentage des services de clinique externe défrayé par des sources autres que le MSSLD.

- Les coûts de fonctionnement d'un hôpital jouent un rôle considérable dans la détermination de son financement. Le coût par cas pondéré est une unité de mesure utile des coûts unitaires pour les services d'hospitalisation. Malheureusement, il n'existe aucune unité de mesure comparable pour les services de clinique externe.

12.2.2 Le groupe témoin

La composition du groupe témoin a été légèrement modifiée pour la présente comparaison, par rapport à liste utilisée pour les comparaisons d'efficacité. Le Sunnybrook & Women's College Health Science Centre et la Hamilton Health Sciences Corporation ont été exclus de la comparaison en raison des recettes élevées provenant des hospitalisations pour soins non intensifs. Les modèles de recettes associés aux soins non intensifs peuvent différer des modèles associés aux soins intensifs. Pour les autres hôpitaux du groupe, les recettes provenant des hospitalisations pour soins non intensifs ne sont pas jugées significatives.

12.2.3 Observations générales sur les données

Les possibilités de comparaison des recettes et du financement sont limitées par le degré d'uniformité et de détail des rapports financiers des différents hôpitaux. Les sources de données utilisées comprenaient les rapports complémentaires de fin d'exercice, les rapports de balance de vérification du SGI et les dossiers de financement du MSSLD. Les hôpitaux utilisent des méthodologies distinctes pour produire les rapports complémentaires de fin d'exercice et les rapports de balance de vérification du SGI. Bien que les recettes déclarées dans ces deux documents devraient être absolument identiques pour un hôpital et un exercice donnés, on constate souvent des différences. En règle générale, ces différences sont faibles et ne compromettent pas la validité de l'analyse. Toutefois, leur existence est troublante.

On a également observé certaines différences dans les niveaux de détail des rapports. Par exemple, certains hôpitaux ne mentionnent aucun financement ponctuel, même s'il est

évident qu'ils ont obtenu de tels financements au cours de l'exercice.

Les experts-conseils financiers du MSSLD nous ont fourni les montants de financement officiels du MSSLD, par exercice, pour chacun des grands hôpitaux pour la période 1996-1997 à 1999-2000. Les données portent à la fois sur le financement de base et sur le financement ponctuel. Le financement de base et le financement ponctuel cumulatifs (selon les dossiers du MSSLD) sont illustrés à la figure 12.6. L'Hôpital d'Ottawa, avec le second financement le plus élevé dans le groupe, a obtenu 6,2 % de son financement sous forme de financement ponctuel.

Figure 12.6
Financement cumulatif par le MSSLD
1996-1997 à 1999-2000

Hôpital	MSSLD Base	MSSLD Ponctuel	MSSLD Total	Pourcent. Ponctuel
St Joseph's Hamilton	514 841 169	24 524 161	539 365 330	4,3 %
Mount Sinai	414 209 776	34 358 427	448 568 203	7,1 %
St Michael's	784 063 358	28 843 508	812 906 866	3,4 %
LONDON HSC	1 144 874 479	114 262 647	1 259 137 126	8,3 %
UHN	1 638 787 302	111 232 617	1 750 019 919	6,0 %
Hôpital d'Ottawa	1 216 525 570	80 768 289	1 297 293 859	6,2 %

Toutes les catégories de financement ponctuel ont été incluses, à l'exception du remboursement des coûts du passage à l'an 2000 et des coûts de restructuration. Le financement de la restructuration comporte des modes de comptabilité et de reddition de comptes distincts. Le financement du passage à l'an 2000 était un cas spécial qui, dans certains cas (comme à LHO), a été traité indépendamment des recettes et dépenses de l'hôpital[191].

On a constaté des divergences entres les dossiers de financement officiels du MSSLD et les montants signalés dans les rapports complémentaires de fin d'exercice qui ont servi de sources de données pour les autres catégories de recettes. Il peut arriver que l'hôpital et le MSSLD comptabilisent une recette donnée dans des exercices différents, et les rapports complémentaires comportent différents rajustements qui tiennent compte de ces divergences. Aux fins de la présente

[191] Le financement du passage à l'an 2000 se divisait en deux catégories d'activités principales : la planification et la correction. Le financement destiné à la planification a été comptabilité à titre de recettes par LHO. Pour LHO, 3 % de l'ensemble du financement destiné à l'an 2000 appartient à cette catégorie. Malheureusement, les dossiers du MSSLD ne distinguent pas ces deux catégories de financement. On suppose que cette situation s'applique également aux autres grands hôpitaux.

analyse, il n'a pas été possible d'étudier en détail ces divergences et leurs explications.

Les divergences constatées entre les dossiers de financement du MSSLD et les montants signalés dans les rapports complémentaires de fin d'exercice ont été notées pendant une période de quatre ans (1996-1997 – 1999-2000). Les divergences sont indiquées à la figure 12.7. Le cumul de ces divergences pour les grands hôpitaux étudiés varie de 0,02 % à 2,14 %. À ce sujet, il est assez surprenant de constater que le financement du MSSLD déclaré par l'hôpital London a dépassé de façon constante les montants officiels du MSSLD. On s'attendrait plutôt à ce qu'avec le temps les divergences annuelles s'annulent mutuellement, ou à ce que les montants déclarés par l'hôpital soient inférieurs à ceux indiqués dans les dossiers du MSSLD, puisque les hôpitaux ne comptabilisent pas les recettes des programmes prioritaires tant qu'ils ne sont pas certains de pouvoir atteindre les volumes cibles spécifiés.

L'analyse utilise les résultats déclarés dans les rapports complémentaires de fin d'exercice. Si les recettes de l'hôpital London ont été surévaluées (et il n'existe aucune raison, sauf celle mentionnée au paragraphe précédent, de questionner ses données), il est possible que ce fait fausse légèrement les résultats de l'analyse.

Figure 12.7
Divergences entre le financement par le MSSLD et le financement déclaré dans les rapports complémentaires de fin d'exercice[192]

Hôpital	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	Toutes années	%
St Joseph's Hamilton	(3 414 221)	338 904	5 122 971	(2 137 266)	(89 612)	-0,02 %
Mount Sinai	466 031	(3 978 275)	(2 499 811)	1 339 367	(4 672 688)	-1,05 %
St Michael's	1 014 921	(2 890 952)	(9 645 938)	(5 524 673)	(17 046 642)	-2,14 %
LONDON HSC	2 392 284	2 707 413	7 087 524	9 213 219	21 400 440	1,67 %
UHN	(1 777 037)	(5 747 684)	(3 947 219)	(4 526 588)	(15 998 528)	-0,92 %
Hôpital d'Ottawa	(6 574 805)	3 113 041	2 562 768	(9 146 316)	(10 045 312)	-0,78 %

12.2.4 Recettes des hôpitaux par catégorie

Le groupe d'hôpitaux analysé comporte des organisations de taille très variable; l'institution la plus large est près de quatre fois plus grande en importance que la plus petite.

La présente section porte sur les divergences entre hôpitaux qui peuvent fausser la comparaison des recettes.

[192] (MONTANT) indique que le montant déclaré par l'hôpital était INFÉRIEUR au montant comptabilisé par le MSSLD. Wellesley n'est pas inclus dans le total de St. Michael's avant 1998-1999 dans cette analyse.

Les hôpitaux déclarent des recettes pour chacune des catégories de payeurs suivantes dans leurs rapports de balance de vérification du SGI :

- Financement par le MSSLD
  - Financement de base
  - Provision pour recouvrements
  - Paiements uniques
  - Autres crédits
  - Agent payeur
- Recettes provenant de sources autres que le MSSLD
  - Protection-santé de l'Ontario
  - Gouvernement fédéral
  - Gouvernement municipal
  - Commission de la sécurité et de l'assurance des travailleurs
  - Non-résidents de la province
  - Non-résidents du Canada
  - Résidents non assurés
  - Résidents assurés – lit à la charge du patient
  - Autres sources de paiement
- Recettes différentielles
- Autres recettes

Les recettes provenant de sources autres que le MSSLD peuvent être divisées en composantes « services d'hospitalisation » et « services de clinique externe ». Toutefois, le MSSLD n'exige pas que son financement de base soit affecté aux seules catégories des services d'hospitalisation et des soins ambulatoires.

12.2.4.1 Financement par le MSSLD

On constate dans les données brutes une grande variation du taux de financement par le MSSLD en tant que pourcentage des recettes totales. Les variations sont illustrées à la figure 12.8. L'Hôpital d'Ottawa a fait état régulièrement du plus faible pourcentage. Il faut toutefois tenir compte du fait que ces variations de pourcentage peuvent être faussées par les divergences dans les autres catégories de recettes, ainsi que par les divergences dans les modes de financement. Il faut

prendre connaissance de l'ensemble de la situation avant de pouvoir formuler une juste conclusion.

Figure 12.8
Financement par le MSSLD en tant que pourcentage des recettes totales des hôpitaux, selon les rapports complémentaires de fin d'exercice
1996-1997 – 1999-2000

Hôpital	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	Moyenne
St Joseph's Hamilton	83,9 %	81,8 %	85,6 %	81,7 %	83,3 %
Mount Sinai	76,8 %	75,5 %	77,9 %	75,5 %	76,4 %
St Michael's	85,6 %	85,1 %	83,7 %	82,6 %	84,3 %
LONDON HSC	80,5 %	79,5 %	82,1 %	83,0 %	81,3 %
UHN	79,1 %	76,6 %	75,7 %	78,7 %	77,5 %
Hôpital d'Ottawa	73,6 %	71,0 %	71,7 %	72,6 %	72,2 %
Moyenne	79,9 %	78,3 %	79,4 %	79,0 %	79,2 %
Médiane	79,8 %	78,1 %	80,0 %	80,2 %	79,4 %

12.2.4.2 Recettes pour les soins aux patients provenant de sources autres que le MSSLD

La figure 12.9 illustre les recettes pour les soins aux patients de sources autres que le MSSLD, pour 1998-1999. Cet exercice spécifique a été utilisé parce qu'il s'agit de l'exercice le plus récent pour lequel nous disposons de données recueillies selon la méthodologie OCDM; or, les coûts OCDM sont nécessaires à certaines étapes de l'analyse. La figure indique également les provisions pour créances douteuses. Comme ces dernières réduisent le montant réel des recettes provenant des patients, les montants réels indiqués seront employés aux fins de l'analyse. Les figures 12.10 et 12.11 illustrent les recettes associées aux services d'hospitalisation et aux services de clinique externe, respectivement.

Figure 12.9
Recettes pour les soins aux patients de sources autres que le MSSLD
Données pour 1998-1999

Hôpital	Autres que MSSLD	Provision	Recettes nettes	% total
St Joseph's Hamilton	10 027 601	24 474	10 003 127	6,3 %
Mount Sinai	11 937 468	134 686	11 802 782	8,2 %
St Michael's	17 490 029	397 204	17 092 825	5,7 %
LONDON HSC	23 013 062	(1 479)	23 014 541	5,8 %
UHN	29 102 719	1 699 998	27 402 721	4,7 %
Hôpital d'Ottawa	63 309 966	928 762	62 381 204	13,5 %

Figure 12.10
Recettes pour les services d'hospitalisation de sources autres que le MSSLD
Données pour 1998-1999

Hôpital	Recettes IP	Provision	Recettes nettes	% total
St Joseph's Hamilton	863 345	5 276	858 069	0,5 %
Mount Sinai	1 588 342	50 790	1 537 552	1,1 %
St Michael's	2 862 484	-	2 862 484	1,0 %
LONDON HSC	10 709 549	-	10 709 549	2,7 %
UHN	12 469 302	-	12 469 302	2,2 %
Hôpital d'Ottawa	22 783 346	815 736	21 967 610	4,8 %

Figure 12.11
Recettes pour les services de clinique externe de sources autres que le MSSLD
Données pour 1998-1999

Hôpital	Recettes OP	Provision	Recettes nettes	% total
St Joseph's Hamilton	9 164 256	19 198	9 145 058	5,7 %
Mount Sinai	10 349 126	83 896	10 265 230	7,1 %
St Michael's	14 627 545	397 204	14 230 341	4,8 %
LONDON HSC	12 303 513	(1 479)	12 304 992	3,1 %
UHN	16 633 417	1 699 998	14 933 419	2,6 %
Hôpital d'Ottawa	40 526 620	113 026	40 413 594	8,7 %

L'Hôpital d'Ottawa reçoit beaucoup plus de fonds pour les soins aux patients de sources autres que le MSSLD que les autres grands hôpitaux. La ventilation par catégories de sources est présentée à la figure 12.12. Comme il se trouve près de la frontière du Québec et que les résidents de l'Outaouais se rendent traditionnellement dans les hôpitaux d'Ottawa pour obtenir des soins actifs, les recettes de patients hors province de L'Hôpital d'Ottawa sont bien supérieures à celles des autres grands hôpitaux.

Figure 12.12
Recettes pour les soins aux patients de sources autres que le MSSLD, par source
Données pour 1998-1999[193]

Hôpital	OHIP	Fédéral	CSAT	Non ONT	Non CAN	Autres
St Joseph's Hamilton	87,1 %	0,1 %	4,1 %	1,6 %	1,7 %	5,4 %
Mount Sinai	79,3 %	0,9 %	0,8 %	6,8 %	8,4 %	3,8 %
St Michael's	71,8 %	0,7 %	8,6 %	3,9 %	5,7 %	9,3 %
LONDON HSC	41,5 %	0,8 %	9,7 %	23,9 %	11,5 %	12,6 %
UHN	49,1 %	1,8 %	8,2 %	22,6 %	13,5 %	4,9 %
Hôpital d'Ottawa	42,7 %	3,6 %	2,7 %	44,8 %	3,0 %	3,2 %
Moyenne	61,9 %	1,3 %	5,7 %	17,3 %	7,3 %	6,5 %
Médiane	60,4 %	0,8 %	6,1 %	14,7 %	7,1 %	5,2 %

La différence entre les recettes de L'Hôpital d'Ottawa pour les soins aux patients de sources autres que le MSSLD et les recettes de l'hôpital immédiatement supérieur dans le groupe représente 5,3 % des recettes totales de l'hôpital. Le montant des recettes provenant du MSSLD, exprimé en tant que pourcentage des recettes totales, doit être inférieur dans le cas d'un hôpital qui offre une plus grande proportion de ses services de santé à des patients dont les soins sont défrayés par des sources autres que le MSSLD. On remarquera que les deux hôpitaux qui obtiennent les recettes pour les soins aux patients de sources autres que le MSSLD les plus élevées (figure 12.9) obtiennent également le financement par le MSSLD le plus

[193] « Non ONT » fait référence aux patients qui résident au Canada, mais non en Ontario. « Non CAN » fait référence aux patients qui ne résident pas au Canada.

faible, lorsqu'il est exprimé en tant que pourcentage des recettes totales de l'hôpital (figure 12.8).

12.2.4.3 Divergences dans les données relatives aux recettes destinées aux services de clinique externe

Les recettes destinées aux services de clinique externe ont été comparées aux coûts de ces services calculés selon la méthodologie OCDM afin d'identifier toute divergence notable. Cette comparaison visait à observer différents taux de recettes destinées aux services de clinique externe, et plus spécifiquement les recettes provenant de sources hors province. Toutefois, elle a mis en évidence un autre problème lié aux données et pouvant avoir un effet sur l'analyse et les comparaisons.

Les recettes destinées aux services de clinique externe et provenant de sources autres que le MSSLD ont été comparées aux coûts de ces services calculés selon la méthodologie OCDM pour 1998-1999. Les données comparées sont présentées à la figure 12.13. On a constaté que deux des hôpitaux (UHN et London HSC) emploient des méthodes de comptabilité différentes à l'égard de ces recettes (puisque leurs recettes destinées aux services de clinique externe, exprimées en tant que pourcentage des coûts de ces services, sont nettement inférieures à celles des autres hôpitaux du groupe). Il semble que certains hôpitaux déduisent simplement certaines recettes provenant de la Protection-santé de l'Ontario directement des honoraires professionnels, plutôt que de comptabiliser l'ensemble des recettes et des dépenses. Les pratiques de tous les hôpitaux varient en matière de rapports financiers, mais des montants d'une telle importance peuvent fausser les résultats des comparaisons. Par exemple, si UHN avait comptabilisé le pourcentage moyen des recettes attribuables aux patients traités en clinique externe sous forme de coûts OCDM, il aurait signalé des recettes additionnelles de 25 millions de dollars attribuables aux services de clinique externe, et (ce qui est plus important) ses recettes destinées aux services de clinique externe auraient représenté 6,6 % de ses recettes totales plutôt que 2,6 %. Les montants rajustés pour UHN et LHSC sont incluse à la figure pour référence ultérieure.

Figure 12.13
Recettes destinées aux services de clinique externe provenant de sources autres que le MSSLD, exprimées en tant que pourcentage des coûts OCDM

Données pour 1998-1999

Hôpital	Recettes OP	Coûts OP	%
St Joseph's	9 145 058	40 127 139	22,8 %
Mount	10 265 230	36 993 009	27,7 %
St	14 230 341	56 785 995	25,1 %
LONDON	12 304 992	85 730 082	14,4 %
UHN	14 933 419	133 947 006	11,1 %
Hôpital d'Ottawa	40 413 594	103 628 109	39,0 %
LONDON HSC	24 705 966	98 131 056	25,2 %
UHN	39 995 027	159 008 614	25,2 %

12.2.4.4 Recettes différentielles

Les recettes différentielles représentent les fonds reçus pour la location des chambres privées ou semi-privées. Pendant la période de 1996-1997 à 1999-2000, L'Hôpital d'Ottawa a réalisé 67,3 millions de dollars de plus que l'hôpital immédiatement supérieur dans le groupe. Les recettes différentielles ont représenté le pourcentage le plus élevé des recettes totales (6,8 %), de beaucoup supérieur à celui de l'hôpital immédiatement supérieur (Mount Sinai, 4,4 %). Trois facteurs principaux influent sur la performance d'un hôpital dans catégorie :

- Une population bien assurée : la plupart des patients ont recours à une assurance-santé complémentaire pour défrayer le coût d'une chambre privée ou semi-privée
- Un bon équilibre entre le nombre de lits en chambre privée, semi-privée et standard
- La capacité de l'hôpital à tirer le meilleur parti des occasions en maximisant la répartition des patients dans le type de chambre préféré par le patient

Les recettes provenant de la location des chambres privées ou semi-privées pour 1998-1999 sont présentées à la figure 12.14.

Figure 12.14
Recettes différentielles nettes[194] - Données pour 1998-1999

[194] Sans créances douteuses

Hôpital	Recet. diff. nettes	% total
St Joseph's Hamilton	2 306 206	1.4 %
Mount Sinai	6 065 138	4.2 %
St Michael's	6 129 486	2.0 %
LONDON HSC	10 170 273	2.6 %
UHN	14 175 696	2.4 %
Hôpital d'Ottawa	23 036 601	5.0 %

12.2.4.5 Autres recettes

Le programme BOND a été lancé en 1984 avec l'objectif d'inciter les hôpitaux à se préoccuper davantage de leurs budgets et à assumer davantage la responsabilité de leurs déficits de fonctionnement. L'incitatif se voulait : « vous pouvez conserver vos surplus ». Il était sous-entendu que : « vous couvrez vos propres déficits ». Les choses ne se sont pas déroulées exactement dans l'esprit initial du programme, mais d'autres recettes ont augmenté de façon constante en tant que pourcentage des recettes totales des hôpitaux depuis cette époque.

Pendant la période de 1996-1997 à 1999-2000, 8,1 % des recettes totales de L'Hôpital d'Ottawa étaient attribuables à d'autres recettes. Ce pourcentage est inférieur à la fois à la moyenne (9,6 %) et à la médiane (9,1 %) pour le groupe. La figure 12.15 illustre les autres recettes et leur pourcentage des recettes totales de chaque hôpital pour 1998-1999.

Figure 12.15
Autres recettes – Données pour 1998-1999

Hôpital	Autres recettes	% total
St Joseph's Hamilton	10 041 908	6.3 %
Mount Sinai	13 838 463	9.6 %
St Michael's	20 095 585	6.7 %
LONDON HSC	37 818 421	9.5 %
UHN	96 726 145	16.7 %
Hôpital d'Ottawa	43 859 587	9.5 %

12.2.5 Comparaison des recettes des hôpitaux

La comparaison des recettes des différents hôpitaux nécessite de faire correspondre les recettes et les dépenses, puisque différents modes de comptabilisation des coûts sont approuvés et financés. De plus, on notera que les hôpitaux ne présentent pas tous un même taux de rentabilité. Le coût réel par cas pondéré et le coût prévu par cas pondéré sont les meilleurs disponibles pour décrire les divergences dans les modes de comptabilisation des coûts et dans les rapports coûts-efficacité. Dans la présente comparaison, les recettes sont comparées aux coûts des soins directs rajustés en fonction du rapport coûts-efficacité de chaque hôpital. Le résultat représente la « contribution aux frais généraux ».

Les étapes du calcul de la contribution aux frais généraux sont décrites ci-après.

1. ***Calcul des recettes totales provenant des patients :*** Aux fins de la présente analyse, les recettes suivantes sont traitées comme des recettes provenant des patients : financement par le MS, recettes pour les soins aux patients de sources autres que le MSSLD et recettes différentielles. Les recettes différentielles sont incluses parce qu'elles sont expressément liées aux soins d'hospitalisation; ainsi, il n'est pas nécessaire de procéder à un rajustement spécial pour tenir compte du rendement relatif dans cette catégorie de recettes. Le calcul des recettes totales est illustré à la figure 12.16a. « MSSLD » fait référence aux données des rapports complémentaires de fin d'exercice du MSSLD; « Autre que MSSLD » fait référence aux recettes nettes calculées à la figure 12.9; « Différentiel » fait référence aux données de la figure 12.14.

Figure 12.16a
Calcul des recettes totales provenant des patients
Données pour 1998-1999

Hôpital	MSSLD	Autres MSSLD	Différent.	Total
St Joseph's Hamilton	136 717 404	10 003 127	2 306 206	149 026 737
Mount Sinai	112 194 500	11 802 782	6 065 138	130 062 420
St Michael's	250 815 288	17 092 825	6 129 486	274 037 599
LONDON HSC	326 099 302	23 014 541	10 170 273	359 284 116
UHN	440 096 502	27 402 721	14 175 696	481 674 919
Hôpital d'Ottawa	331 778 629	62 381 204	23 036 601	417 196 434

2. ***Rajustement des recettes totales provenant des patients :*** Les recettes totales provenant des patients doivent être rajustées afin de tenir compte des différences considérables dans les modes de comptabilisation des recettes et dépenses attribuables aux services de clinique externe et ne relevant pas du MSSLD (décrites à la section 12.2.4.3). Le rajustement fait augmenter les coûts directs attribuables aux services de clinique externe pour les hôpitaux UHN et LHSC de telle sorte que leurs recettes attribuables aux services de clinique externe et ne relevant pas du MSSLD sont similaires à celles des autres hôpitaux à 25 % des coûts directs attribuables aux services de clinique externe. Le rajustement ne touche que les hôpitaux UHN et London, comme l'illustre la figure 12.16b.

Figure 12.16b
Calcul des recettes totales rajustées provenant des patients
Données pour 1998-1999

Hôpital	Total	CE déclarés	CE calculés	Total rajust.
St Joseph's Hamilton	149 026 737			149 026 737
Mount Sinai	130 062 420			130 062 420
St Michael's	274 037 599			274 037 599
LONDON HSC	359 284 116	12 304 992	24 705 966	371 685 090
UHN	481 674 919	14 933 419	39 995 027	506 736 527
Hôpital d'Ottawa	417 196 434			417 196 434

3. ***Calcul des coûts directs totaux des soins de santé :*** Ces coûts correspondent à ceux calculés selon la méthodologie OCDM pour 1998-1999. Les coûts sont présentés par catégorie à la figure 12.17a.

Figure 12.17a
Coûts directs selon la méthodologie OCDM pour 1998-1999

Hôpital	Hospit.	Clin. ext.	Autre	Total
St Joseph's Hamilton	71 061 525	40 127 139	1 847 770	113 036 434
Mount Sinai	67 904 828	36 993 009		104 897 837
St Michael's	133 933 336	58 785 995		192 719 331
LONDON HSC	184 559 841	85 730 082	2 581 607	272 871 530
UHN	222 688 694	133 947 006		356 635 700
Hôpital d'Ottawa	242 800 584	103 628 109		346 428 693

4. ***Coûts directs totaux attribuables aux services de clinique externe - Rajustés :*** Les coûts directs totaux des soins de

santé sont rajustés pour tenir compte des différences considérables dans la comptabilisation des recettes et dépenses attribuables aux services de clinique externe et ne relevant pas du MSSLD (décrites à la section 12.2.4.3). Le rajustement fait augmenter les coûts directs attribuables aux services de clinique externe pour les hôpitaux UHN et LHSC de telle sorte que leurs recettes attribuables aux services de clinique externe et ne relevant pas du MSSLD sont similaires à celles des autres hôpitaux à 25 % des coûts directs attribuables aux services de clinique externe. Ces calculs sont présentés par catégorie à la figure 12.17b.

Figure 12.17b
Calcul des coûts directs OCDM rajustés pour 1998-1999

Hôpital	Total	CE déclarés	CE calculés	Total rajusté
St Joseph's Hamilton	113 036 434			113 036 434
Mount Sinai	104 897 837			104 897 837
St Michael's	192 719 331			192 719 331
LONDON HSC	272 871 530	85 730 082	98 131 056	285 272 504
UHN	356 635 700	133 947 006	159 008 614	381 697 308
Hôpital d'Ottawa	346 428 693			346 428 693

5. ***Calcul du rajustement pour efficience :*** Le coût prévu par cas pondéré est comparé au coût réel par cas pondéré. Le facteur ainsi obtenu est employé pour rajuster les coûts directs des soins de santé en fonction des divergences d'efficience. On remarquera que le coût prévu et le coût réel par cas pondéré comprennent les frais d'administration et les coûts des services de soutien. Ils tiennent donc compte des divergences constatées entre les différents hôpitaux en matière d'efficience (coût opérationnel) des services d'administration et de soutien. On suppose que les divergences en matière d'efficience des services de clinique externe sont similaires, c'est-à-dire que les services de clinique externe d'un hôpital donné sont aussi efficaces (ou inefficaces) que ses services d'hospitalisation. Les résultats du calcul sont présentés à la figure 12.18. Dans le groupe témoin, Mount Sinai était l'hôpital présentant le taux d'efficience plus élevé, tandis que St. Michael's présentait le taux le moins élevé.

Figure 12.18
Calcul du facteur d'efficience à l'aide des coûts prévu et réel par cas pondéré
Données pour 1998-1999

Hôpital	Réel	Prévu	Facteur
St Joseph's	2 851	2 973	1,0427
Mount Sinai	3 216	3 620	1,1258
St Michael's	3 526	3 379	0,9583
LONDON Health	3 561	3 480	0,9773
TORONTO Hospital	3 496	3 682	1,0532
Hôpital d'Ottawa	3 377	3 202	0,9482

6. ***Calcul des coûts directs rajustés des soins de santé :*** Le facteur d'efficience est employé pour rajuster les coûts directs des soins de santé de manière à ce que les coûts rajustés soient fondés sur des niveaux comparables d'efficience. Les résultats du calcul sont présentés à la figure 12.19.

Figure 12.19
Calcul des coûts directs rajustés des soins de santé

Hôpital	Total rajusté	Facteur	Coûts rajustés
St Joseph's Hamilton	113 036 434	1.0427	117 860 159
Mount Sinai	104 897 837	1.1258	118 093 412
St Michael's	192 719 331	0.9583	184 683 938
LONDON HSC	285 272 504	0.9773	278 793 353
UHN	381 697 308	1.0532	402 006 314
Hôpital d'Ottawa	346 428 693	0.9482	328 496 259

7. ***Calcul de la contribution aux frais généraux :*** La différence entre les recettes attribuables aux soins aux patients (12.16b) et les coûts directs rajustés des soins de santé (12.19) représente la contribution aux frais généraux. Elle est présentée à la figure 12.20.

Figure 12.20
Calcul de la contribution aux frais généraux

Hôpital	Recettes	Coûts rajust.	Contribution
St Joseph's Hamilton	149 026 737	117 860 159	31 166 578
Mount Sinai	130 062 420	118 093 412	11 969 008
St Michael's	274 037 599	184 683 938	89 353 661
LONDON HSC	371 685 090	278 793 353	92 891 737
UHN	506 736 527	402 006 314	104 730 212
Hôpital d'Ottawa	417 196 434	328 496 259	88 700 175

8. ***Calcul du pourcentage de contribution aux frais généraux :*** On peut interpréter de deux façons le « pourcentage de contribution aux frais généraux ». Une approche consiste à considérer qu'un financement équitable assurerait un pourcentage supplémentaire constant visant à défrayer les frais généraux. Cette approche suppose que les frais généraux demeurent constants lorsqu'ils sont exprimés sous forme de pourcentage des coûts totaux d'un hôpital à l'autre. L'objectif du financement équitable est atteint lorsque chaque hôpital reçoit le même pourcentage supplémentaire des coûts directs des soins de santé afin de défrayer ses frais généraux. Pour chaque 1,00 $ de coûts directs attribuables aux soins de santé, un hôpital recevrait 1,25 $ si sa contribution aux frais généraux était de 25 %. Cette approche semble donner à penser que la variation des frais généraux est directement proportionnelle aux coûts directs attribuables aux soins de santé, ce qui n'est pas le cas. De plus, il n'est pas certains que les différences dans les frais généraux ne sont pas déjà approuvées et prises en charge

par les structures de subvention existantes. Pour les besoins de l'analyse présentée ici, le « pourcentage de contribution aux frais généraux » est défini comme le pourcentage des frais généraux qui sont couverts par la contribution (contribution / frais généraux). Les différences dans les niveaux d'efficience sont au moins partiellement pris en compte par le facteur d'efficience. Cette approche du calcul de la contribution aux frais généraux est illustrée à la figure 12.21. On notera qu'un rajustement tenant compte du facteur d'efficience modifie considérablement les résultats pour l'hôpital Mount Sinai.

Figure 12.21
Calcul du pourcentage de contribution aux frais généraux

Hôpital	Frais gén.	Contributio	%
St Joseph's	32 562 464	31 166 578	95,7 %
Mount Sinai	27 236 302	11 969 008	43,9 %
St Michael's	75 486 486	89 353 661	118,4 %
LONDON	84 034 395	92 891 737	110,5 %
UHN	140 110 274	104 730 212	74,7 %
Hôpital d'Ottawa	114 728 447	88 700 175	77,3 %
Moyenne			86,8 %
Médiane			86,5 %

12.2.6 Effets de l'atteinte du pourcentage moyen de contribution aux frais généraux

Ce modèle est fondé sur la prémisse que l'équité en matière de financement est atteinte lorsque le financement et les recettes relatifs aux services de soins directs contribuent à un pourcentage égal des frais généraux de l'hôpital. Le modèle incorpore toutes les recettes provenant des patients et tient compte des différences acceptées dans les modes de comptabilisation des coûts. Il tient également compte des divergences dans le niveau d'efficience en matière de coût opérationnel, telles que mesurées à l'aide du coût prévu par cas pondéré. La figure 12.22 illustre le rajustement nécessaire pour que chaque hôpital atteigne le pourcentage moyen.

Figure 12.22
Calcul du rajustement nécessaire pour atteindre le pourcentage moyen de contribution aux frais généraux

Hôpital	Frais gén.	%	Chang.
St Joseph's	32 562 464	95,7 %	(2 911 565)
Mount Sinai	27 236 302	43,9 %	11 664 402
St Michael's	75 486 486	118,4 %	(23 852 732)
LONDON	84 034 395	110,5 %	(19 973 640)
UHN	140 110 274	74,7 %	16 845 895
Hôpital d'Ottawa	114 728 447	77,3 %	10 851 682
Moyenne		86,8 %	
Médiane		86,5 %	

Au cours de l'exercice 1998-1999, L'Hôpital d'Ottawa a accumulé un déficit de fonctionnement de 30 586 566 $. Si les recettes de l'hôpital attribuables aux services d'hospitalisation avaient atteint un niveau qui permettait une contribution aux frais généraux équivalente à la moyenne de celle des autres grands hôpitaux, il aurait accumulé un déficit de fonctionnement de seulement 19 734 884 $. Les résultats sont présentés à la figure 12.23.

Figure 12.23
Calcul du rajustement nécessaire pour atteindre le pourcentage moyen de contribution aux frais généraux

Hôpital	Surplus (déficit)	Chang.	Surplus (déficit)
St Joseph's Hamilton	(371 606)	(2 911 565)	(3 283 171)
Mount Sinai	370 682	11 664 402	12 035 084
St Michael's	(1 941 976)	(23 852 732)	(25 794 708)
LONDON HSC	15 446 460	(19 973 640)	(4 527 180)
UHN	(4 786 662)	16 845 895	12 059 233
Hôpital d'Ottawa	(30 586 566)	10 851 682	(19 734 884)
Moyenne	(3 644 945)	(1 229 326)	(4 874 271)
Médiane	(1 156 791)	3 970 059	(3 905 175)

Sommaire

La comparaison des résultats pour un groupe d'hôpitaux mènera à l'identification de certains résultats qui semblent particulièrement élevés et d'autres qui semblent particulièrement faibles pour une mesure donnée. La portée des conclusions que nous pouvons tirer de toute comparaison est limitée par l'exactitude des données et la précision de l'indicateur. Or, nous ne disposons pas de mesures ni d'indicateurs précis pour comparer le financement et les recettes des hôpitaux. Il n'existe aucune formule unique permettant de déterminer le taux exact de financement approprié pour un hôpital donné. Néanmoins, la présente analyse permet de soutenir la notion voulant que L'Hôpital d'Ottawa, au cours de la période étudiée, a en effet obtenu des recettes inférieures à celles de certains des autres grands

hôpitaux comparables, relativement aux soins de santé directs attribuables aux services d'hospitalisation dont il a assuré la prestation. Si on suppose que l'équité en matière de financement est une caractéristique du système de financement, alors L'Hôpital d'Ottawa pourrait avoir affirmé que pour l'exercice 1998-1999 il était sous-financé d'environ 11 millions de dollars.

Quel que soit le montant suggéré par la présente analyse, il faut reconnaître qu'il s'agit d'un montant suggéré par un modèle appliqué aux données pour 1998-1999. Beaucoup d'événements se sont produits depuis cette époque. L'un des hôpitaux du groupe témoin a été soumis à un examen opérationnel, et tous les hôpitaux ont obtenu un financement additionnel considérable en 1999-2000 et en 2000-2001. Tout rajustement spécifique pour l'hôpital doit tenir compte de ces événements, ainsi que de tout changement significatif dans les modes de comptabilisation des coûts depuis 1998-1999.

L'analyse présentée dans le présent rapport tient compte de toutes les sources de recettes provenant des patients, incluant celles provenant des patients du Québec. Selon les résultats d'un examen effectué au début de l'an 2000, la diminution des recettes tirées de patients hospitalisés résidant au Québec, pendant la période allant de 1994-1995 à 1998-1999, a entraîné l'érosion des résultats d'exploitation annuels de LHO au point qu'en 1998-1999 l'Hôpital avait un manque à gagner de quelque 6,6 millions de dollars. Le MSSLD a reconnu l'existence de ce problème, a accepté le rapport résultant de l'examen et a accordé à l'Hôpital le financement additionnel recommandé de 6,6 millions de dollars. Ce moins–perçu dans les recettes venant des patients du Québec représentait environ 61 % de l'écart dans la contribution aux frais généraux en 1998-1999. Si ces fonds supplémentaires avaient été inclus dans la présente analyse, l'écart enregistré dans le financement alloué par le ministère n'aurait été que de 4,4 millions de dollars en 1998-1999.

12.3 Financement par cas pondéré

Les sections suivantes présentent une autre approche, qui vise à distinguer les coûts et recettes attribuables aux services d'hospitalisation et aux services de clinique externe de manière à pouvoir calculer un indicateur de financement par cas pondéré.

12.3.1 Distinction entre les recettes attribuables aux

services d'hospitalisation et celles attribuables aux services de clinique externe

Aux fins du présent rapport, les questions essentielles touchent le financement et les recettes attribuables aux services d'hospitalisation. L'analyse est plus difficile en raison du fait que le financement de base du MSSLD défraye à la fois les services d'hospitalisation et de clinique externe des hôpitaux, et du fait que la portion attribuable aux services d'hospitalisation n'est pas identifiée séparément. L'approche suivante permet de calculer de façon approximative la portion du financement du MSSLD attribuable aux services d'hospitalisation :

1. ***Calcul du pourcentage des services d'hospitalisation dont la responsabilité est assumée par l'Ontario :*** Le calcul de ce pourcentage est illustré à la figure 12.24. Il a été nécessaire d'utiliser les données de l'ICIS pour 1999-2000, puisque ce n'est qu'à partir de cet exercice qu'une zone permet d'indiquer la responsabilité du paiement. Pour les besoins de l'analyse, on doit supposer que le pourcentage assumé par l'Ontario en 1998-1999 n'était pas sensiblement différent du pourcentage assumé en 1999-2000.

Figure 12.24
Calcul du pourcentage des services d'hospitalisation assumé par l'Ontario
Données de 1999-2000

Hôpital	1998-99 Cas pond.	1999-00 % Ontario	Ontario Cas pond.
St Joseph's Hamilton	32 101	98,8 %	31 716
Mount Sinai	26 563	98,2 %	26 085
St Michael's	52 797	98,5 %	52 005
LONDON HSC	67 564	97,3 %	65 740
UHN	88 593	98,2 %	86 998
Hôpital d'Ottawa	95 698	91,4 %	87 468

2. ***Calcul du coût des services d'hospitalisation assumé par l'Ontario :*** Le coût net d'hospitalisation en soins intensifs selon la méthodologie OCDM correspond au coût direct des soins de santé aux patients hospitalisés. Le coût des services d'hospitalisation selon la méthodologie OCDM doit être réduit en fonction du ratio entre les cas pondérés assumés par l'Ontario et le total des cas pondérés (% Ontario). Les résultats du calcul sont présentés à la figure 12.25.

Figure 12.25
Calcul du coût des services d'hospitalisation (SH)
assumé par l'Ontario

Hôpital	Coût SH	% Ontario	Coût Ontario
St Joseph's Hamilton	71 061 525	98.8 %	70 228 727
Mount Sinai	67 904 828	98.2 %	66 663 426
St Michael's	133 933 336	98.5 %	131 872 574
LONDON HSC	184 559 841	97.3 %	179 499 447
UHN	222 688 694	98.2 %	218 595 107
Hôpital d'Ottawa	242 800 584	91.4 %	221 869 793

3. ***Calcul du coût des services de clinique externe assumé par l'Ontario :*** Le coût direct net selon la méthodologie OCDM fournit également un point de départ pour notre analyse. Le coût direct net des services de clinique externe selon la méthodologie OCDM correspond au coût direct des soins de santé en clinique externe. Comme il n'existe aucune mesure simple des volumes en cause, le coût des services de clinique externe assumé par l'Ontario sera calculé approximativement en déduisant du coût direct net des services de clinique externe selon la méthodologie OCDM les recettes attribuables aux services de clinique externe déclarées par l'hôpital (figure 12.17a). La figure 12.26 présente les résultats du calcul.

Figure 12.26
Calcul du coût des services de clinique externe (CE)
assumé par l'Ontario
Données de 1998-1999

Hôpital	Coût CE	Recettes CE	Coût Ontario
St Joseph's Hamilton	40 127 139	9 145 058	30 982 081
Mount Sinai	36 993 009	10 265 230	26 727 779
St Michael's	56 785 995	14 230 341	42 555 654
LONDON HSC	85 730 082	12 304 992	73 425 090
UHN	133 947 006	14 933 419	119 013 587
Hôpital d'Ottawa	103 628 109	40 413 594	63 214 515

4. ***Calcul du coût des services de soins directs assumé par l'Ontario :*** On additionne le coût des services d'hospitalisation assumé par l'Ontario (figure 12.25), le coût des services de clinique externe assumé par l'Ontario (figure 12.26) et les autres coûts directs calculés selon la méthodologie OCDM (par exemple les frais de réadaptation). Les résultats du calcul sont présentés à la figure 12.27a. Ces mêmes résultats sont présentés sous forme de pourcentages à la figure 12.27b.

Figure 12.27a
Calcul du coût des soins directs assumé par l'Ontario
Données de 1998-1999

Hôpital	Hospit.	Clin. externe	Autres	Total
St Joseph's Hamilton	70 228 727	30 982 081	1 847 770	103 058 578
Mount Sinai	66 663 426	26 727 779		93 391 205
St Michael's	131 872 574	42 555 654		174 428 228
LONDON HSC	179 499 447	73 425 090	2 581 607	255 506 144
UHN	218 595 107	119 013 587		337 608 694
Hôpital d'Ottawa	221 869 793	63 214 515		285 084 308

Figure 12.27b
Soins directs assumés par l'Ontario – Pourcentage par catégorie
Données de 1998-1999

Hôpital	Hospit.	Clin. externe	Autres	Total
St Joseph's Hamilton	68,1 %	30,1 %	1,8 %	100,0 %
Mount Sinai	71,4 %	28,6 %	0,0 %	100,0 %
St Michael's	75,6 %	24,4 %	0,0 %	100,0 %
LONDON HSC	70,3 %	28,7 %	1,0 %	100,0 %
UHN	64,7 %	35,3 %	0,0 %	100,0 %
Hôpital d'Ottawa	77,8 %	22,2 %	0,0 %	100,0 %

5. ***Calcul du financement par le MSSLD pour le coût des services d'hospitalisation assumé par l'Ontario :*** Le pourcentage du coût assumé par l'Ontario attribuable aux services d'hospitalisation (figure 12.27b) est multiplié par le financement du MSSLD pour 1998-1999. Les résultats du calcul sont présentés à la figure 12.28.

Figure 12.28
Calcul du financement par le MSSLD pour le coût des services d'hospitalisation assumé par l'Ontario
Données de 1998-1999

Hôpital	Financ.	% hospit.	Ontario
St Joseph's Hamilton	136 717 404	68,1 %	93 165 357
Mount Sinai	112 194 500	71,4 %	80 085 376
St Michael's	250 815 288	75,6 %	189 623 308
LONDON HSC	326 099 302	70,3 %	229 092 903
UHN	440 096 502	64,7 %	284 953 983
Hôpital d'Ottawa	331 778 629	77,8 %	258 210 128

12.3.2 Financement du MSSLD par cas pondéré

Le financement du MSSLD par cas pondéré est calculé en divisant le financement attribuable aux services d'hospitalisation calculé précédemment (voir la figure 12.28) par le nombre de cas pondérés assumés par l'Ontario (voir la figure 12.24). Les résultats du calcul sont présentés à la figure 12.29.

Figure 12.29
Calcul du financement du MSSLD par cas pondéré
Données de 1998-1999

Hôpital	Financ.	Cas pond.	/cas pond.
St Joseph's Hamilton	93 165 357	31 716	2 937
Mount Sinai	80 085 376	26 085	3 070
St Michael's	189 623 308	52 005	3 646
LONDON HSC	229 092 903	65 740	3 485
UHN	284 953 983	86 998	3 275
Hôpital d'Ottawa	258 210 128	87 468	2 952
Moyenne			3 228
Médiane			3 173

12.3.3 Rajustement en fonction du coût prévu par cas pondéré

Le coût prévu par cas pondéré est employé en Ontario comme facteur de rajustement du financement des hôpitaux. Il s'agit d'un outil accepté d'évaluation et de comparaison des hôpitaux en Ontario. Le coût prévu par cas pondéré (CPCP) pour 1998-1999 est présenté à la figure 12.30. Le financement par cas pondéré (Fin./pond.) a été calculé à la figure 12.29. À la présente étape, la différence entre le CPCP et le Fin./pond. est calculée (Diff.), et l'effet du déplacement de la différence vers la moyenne est calculé en multipliant la différence par les cas pondérés assumés par l'Ontario (Cas pondérés). Donc, en tenant compte des différences dans les modes de comptabilisation des coûts, le moins-perçu dans les recettes venant des patients hospitalisés pour L'Hôpital d'Ottawa en 1998-1999 était de 7,7 millions de dollars. Si le calcul était fondé sur la moyenne des autres grands hôpitaux (donc excluant LHO), la différence passerait à 9,3 millions de dollars.

Figure 12.30
Calcul de l'effet incluant les différences de comptabilisation des coûts, en fonction du coût prévu par cas pondéré
Données de 1998-1999

Hôpital	CPCP	Fin./pond.	Diff.	Pond. raj.	Effet
St Joseph's Hamilton	2 973	2 937	(36)	31 716	(3 990 190)
Mount Sinai	3 620	3 070	(550)	26 085	10 130 681
St Michael's	3 379	3 646	267	52 005	(22 322 984)
LONDON HSC	3 480	3 485	5	65 740	(10 955 750)
UHN	3 682	3 275	(407)	93 975	23 052 740
Hôpital d'Ottawa	3 202	2 952	(250)	87 468	7 699 869
Moyenne			(162)		
Médiane			(143)		
Moyenne (sauf LHO)			(144)		
Médiane (sauf LHO)			(36)		

Sommaire

Notre approche centrée sur le financement et les coûts attribuables aux services d'hospitalisation rejoint l'approche antérieure fondée sur les recettes, en ce sens qu'elle démontre qu'en 1998-1999, le financement de L'Hôpital d'Ottawa par cas pondéré était inférieur à la moyenne des autres grands hôpitaux. Le moins-perçu est moins prononcé lorsque l'analyse porte uniquement sur les services d'hospitalisation. Un tel résultat est conforme aux attentes, puisque les services d'hospitalisation représentent environ 70 % des soins directs.

L'objectif de ces analyses des recettes consistait simplement à déterminer s'il est possible de démontrer que L'Hôpital d'Ottawa a été financé différemment des autres grands hôpitaux en 1998-1999, et de quantifier dans la mesure du possible tout moins-perçu. Si l'équité en matière de financement des hôpitaux est bien un objectif réel, alors les analyses permettent d'affirmer que L'Hôpital d'Ottawa a été sous-financé d'environ 11 millions de dollars en 1998-1999. De ce sous-financement présumé, 6,6 millions de dollars ont déjà été identifiés par l'examen mené en 2000 et accordés par le Ministère.

L'objectif de ces analyses des recettes ne consistait pas à élaborer une nouvelle méthodologie de financement pour la province (le MSSLD travaille déjà à l'élaboration de nouvelles approches) ni à déterminer un nouveau niveau de financement pour L'Hôpital d'Ottawa. Elles visaient simplement à étudier et à mieux comprendre la structure des recettes et du financement de L'Hôpital d'Ottawa en relation avec les autres grands hôpitaux de la province.

13.0 Recommandations de changement

Voici une liste des recommandations discutées et présentées dans les chapitres précédents du présent rapport.

13.1 Historique et objectifs

Ce chapitre ne comprend pas de recommandations.

13.2 Historique et objectifs

Ce chapitre ne comprend pas de recommandations.

13.3 Gouvernance et gestion

Structures et mécanismes de gouvernance

(21) Le Comité de la gouvernance du Conseil d'administration devrait réviser le règlement administratif de L'Hôpital pour veiller à ce que les membres du Conseil forment une majorité des membres du Comité des candidatures.

(22) Le président du Conseil d'administration devrait diviser le Comité de la planification et des installations en un Comité de la planification et un Comité des installations.

(23) Le Comité de la planification devrait lancer un processus d'élaboration d'un énoncé de rôle et d'un plan à long terme pour l'Hôpital.

(24) Le Conseil d'administration devrait s'occuper plus activement de la santé financière de l'Hôpital en insistant pour que l'équipe de gestion explore tous les moyens de réduire les coûts de l'Hôpital avant de demander des fonds supplémentaires au ministère.

(25) Le DF devrait élargir et améliorer les rapports financiers et statistiques au Conseil d'administration pour y inclure des analyses plus complètes des écarts par rapport au plan qui traitent non seulement de la cause de l'écart, mais également des mesures correctrices possibles.

(26) Le DF devrait élargir et améliorer les rapports statistiques sur le rendement présentés au Conseil d'administration pour établir des comparaisons avec des hôpitaux semblables en Ontario.

(27) Le président du CMC devrait collaborer avec le président de l'Hôpital pour instituer un mécanisme de mesure et de surveillance de la qualité des soins médicaux dispensés à l'Hôpital qui rende des comptes au CMC et, par son intermédiaire, au Conseil d'administration de l'Hôpital.

Structures et processus de gestion

(28) Le président du Conseil d'administration devrait modifier le processus d'établissement des objectifs annuels de l'Hôpital pour que soient uniformisées la période applicable à ces objectifs et la période couverte par le plan et le budget de fonctionnement et par l'évaluation de rendement du P.-D.G.

(29) Le DF devrait modifier le processus de planification et de budgétisation des opérations de manière à inclure plus formellement et explicitement un examen du volume de patients, du contenu des soins, de la charge de travail du département et de la productivité.

(30) Le DF devrait instaurer des concepts d'amélioration continue dans le processus de planification et de budgétisation des opérations de l'Hôpital.

(31) Les vice-présidents de l'Hôpital devraient s'assurer que les gestionnaires sont consultés dans le cadre du remaniement des budgets pour atteindre les objectifs globaux et que la justification des budgets définitifs de leurs secteurs est diffusée et expliquée.

(32) Le ministère de la Santé devrait indiquer de façon claire, complète et opportune les fonds applicables aux opérations continues de l'Hôpital avant chaque exercice.

(33) Le P.-D.G. et le DF de L'Hôpital d'Ottawa devraient prendre des mesures pour améliorer l'exactitude des processus de planification et de budgétisation des opérations de l'Hôpital.

(34) Le ministère de la Santé devrait indiquer de façon claire, complète et opportune les fonds applicables aux opérations continues de l'Hôpital avant chaque exercice.

(35) L'Hôpital d'Ottawa devrait élaborer et mettre en œuvre des plans pour offrir des services à sa population en respectant les recettes ainsi engagées par le ministère de la Santé et accessibles auprès d'autres sources.

(36) Le P.-D.G. et la haute direction devraient faire de la

gestion des coûts et de l'amélioration de la productivité une priorité de l'équipe de gestion et du personnel dans l'ensemble de l'organisation.

(37) Le DF devrait élargir le genre de rapport sur les écarts qui est présentement accessible à l'emplacement du Campus Général aux gestionnaires des deux autres emplacements.

(38) Le DF devrait élargir la présentation de rapports et l'analyse des écarts à tous les niveaux de l'organisation pour se concentrer à la fois sur la période actuelle et sur la mesure et l'analyse cumulatives annuelles.

(39) Le DF devrait s'assurer que toutes les analyses des écarts englobent un examen des répercussions de l'écart sur les résultats des départements, des programmes et de l'Hôpital à la fin de l'exercice.

Participation du personnel médical à l'équipe de gestion

(40) Le président du Conseil d'administration devrait établir un Comité des conférences communes pour améliorer la communication entre le Conseil d'administration et le personnel médical de l'Hôpital.

13.4 Examen des programmes et examen clinique

Utilisation par la population des programmes de l'Hôpital

(41) L'Hôpital d'Ottawa remplace seulement certains chirurgiens ophtalmologiques jusqu'à ce que les taux d'utilisation de la chirurgie ophtalmologique de la population d'Ottawa-Carleton soient plus conformes à ceux des autres collectivités de l'Ontario.

(42) L'Hôpital et le MSSLD devraient parrainer un examen clinique par un tiers de la nécessité de services ophtalmologiques pour les résidents d'Ottawa-Carleton.

Dépendance de la population à LHO

(43) Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait constituer un comité mixte de planification pour élaborer des stratégies afin d'appuyer le rapatriement des soins hospitaliers non tertiaires de L'Hôpital d'Ottawa aux hôpitaux communautaires de la région d'Ottawa.

Processus de gestion de l'utilisation

(44) Le Comité de gestion des ressources et de la qualité clinique de L'Hôpital d'Ottawa devrait intégrer les données comparatives de la durée de séjour dans les hôpitaux d'enseignement canadiens dans les rapports sur la durée de séjour et dans les objectifs concernant la date

prévue de mise en congé.

(45) Le Comité de gestion des ressources et de la qualité clinique de L'Hôpital d'Ottawa devrait veiller à ce que les rapports d'utilisation propres aux médecins soient distribuées systématiquement à tous les médecins actifs à L'Hôpital d'Ottawa.

Coûts de l'utilisation, de l'efficience clinique et de fonctionnement de l'Hôpital

(46) Le P.-D.G. et le Comité GRQC devraient établir des objectifs de gestion de l'utilisation/d'efficience clinique permettant d'effectuer des réductions des jours-patient de près de 11 % au cours des deux prochaines années.

(47) Le P.-D.G., les vice-présidents aux programmes et les directeurs médicaux chargés des programmes devraient fixer des objectifs en termes de charge de travail et de productivité qui prévoiront des réductions de coûts à même l'efficience clinique de près de 11,6 (14?) millions de dollars par année en deux ans.

(48) Le DF et les vice-présidents des programmes devraient collaborer de manière à atténuer l'impact sur les recettes de la réduction en jours-patient, mais devraient prévoir une réduction des recettes différentielles tirées des salles de près de 5,5 (3?) millions de dollars.

13.5 L'enseignement et la recherche

Ce chapitre ne comprend pas de recommandations.

13.6 Examens des départements

12.6.1 Services des soins infirmiers

Aperçu et conclusions communes

(49) Les directeurs des programmes médicaux et les vice-présidents des programmes devraient collaborer pour veiller à faire diminuer les taux d'occupation et le volume des transferts connexes, le processus de gestion de l'utilisation de l'Hôpital faisant diminuer la durée de séjour du patient à l'Hôpital.

(50) Les vice-présidents des programmes devraient s'assurer que le remplacement nécessaire des lits de patients et d'autres équipements de soins de patients requis constitue une priorité dans le processus de budgétisation de l'Hôpital.

(51) Le vice-président de la gestion des installations devrait

mettre en œuvre un programme d'entretien préventif structuré de l'équipement de base tel que les lits et les chaises roulantes dans tous les campus.

(52) Le P.-D.G., les vice-présidents des programmes et l'infirmière en chef assurent une mise en œuvre plus cohérente de la gestion des programmes dans l'ensemble des campus.

(53) Les vice-présidents des programmes devraient veiller à ce que les structures organisationnelles des programmes procèdent à un rajustement de la gestion des soins infirmiers de manière cohérente dans l'ensemble des programmes en rapport avec le rôle qui leur est prévu dans le modèle de gestion des programmes à l'Hôpital.

(54) Les vice-présidents des programmes et le vice-président des ressources humaines devraient mettre en œuvre de façon dynamique le programme de gestion des présences à l'Hôpital.

(55) La vice-présidente des soins infirmiers devrait améliorer et uniformiser les processus de réalisation et de gestion des remplacements de personnel dans tous les campus.

(56) La vice-présidente des soins infirmiers et les directeurs cliniques devraient accorder la priorité à la nouvelle mise en œuvre et à l'utilisation de la mesure de la charge de travail des soins infirmiers.

(57) La vice-présidente des soins infirmiers devrait élaborer une approche de nouvelle mise en œuvre de la mesure de la charge de travail des soins infirmiers moins coûteuse que le projet actuellement prévu d'une valeur de deux millions de dollars.

(58) L'infirmière en chef et la vice-présidente des soins infirmiers devraient clarifier les rôles et les responsabilités des gestionnaires cliniques et des chefs d'équipe.

(59) L'infirmière en chef et la vice-présidente des soins infirmiers devraient établir une certaine uniformité dans le rôle des infirmières auxiliaires autorisées dans tous les campus.

(60) L'infirmière en chef et la vice-présidente des soins infirmiers devraient collaborer plus étroitement avec le collège communautaire au recrutement et à la formation

des auxiliaires en soins aux patients.

Examen des services du programme

(61) Les vice-présidents des programmes devraient affecter des ressources en soins infirmiers au programme de médecine et chirurgie en fonction d'un objectif de productivité combiné de 6,7 heures travaillées par jours-patient.

(62) Les vice-présidents et les directeurs cliniques de la médecine et de la chirurgie, de concert avec la vice-présidente des soins infirmiers et infirmière en chef, devraient fixer des objectifs de productivité propres à l'Unité des soins infirmiers des programmes de médecine et de chirurgie qui permettent de maintenir l'objectif de rendement global de 6,7 heures par jours-patient.

(63) Le vice-président et les directeurs cliniques du programme de chirurgie, de concert avec la vice-présidente des soins infirmiers et infirmière en chef, devraient fixer des objectifs de productivité propres à chaque Unité des soins infirmiers du programme de chirurgie qui maintiennent l'objectif global établi pour le programme.

(64) Le vice-président et les directeurs cliniques du programme de médecine, de concert avec la vice-présidente des soins infirmiers et infirmière en chef, devraient fixer des objectifs de productivité propres à chaque Unité des soins infirmiers du programme de médecine qui maintiennent l'objectif global établi pour le programme.

(65) Les vice-présidents des programmes, de concert avec la vice-présidente des soins infirmiers et infirmière en chef, devraient augmenter les objectifs de productivité des soins infirmiers propres au programme concerné de manière à témoigner du fait que l'Hôpital est parvenu à réduire la DMS dans chaque programme.

(66) Les vice-présidents des programmes devraient examiner et établir le rôle et l'emplacement appropriés de chacune des cliniques ambulatoires de manière à réaliser des gains de productivité accrus et à obtenir une meilleure qualité de soins.

(67) Les vice-présidents des programmes et les directeurs médicaux devraient collaborer pour établir et unifier l'activité clinique au Campus Riverside qui ne

nécessite pas de services diagnostiques ou thérapeutiques d'intensité élevée.

(68) Les vice-présidents des programmes et les directeurs médicaux devraient s'efforcer d'atteindre un niveau de productivité global des cliniques de 0,76 heure par visite.

(69) Le vice-président de la chirurgie devrait améliorer l'efficacité des SO pour patients hospitalisés de manière à avoisiner un niveau de productivité de 3,3 heures par visite.

(70) Le vice-président de la chirurgie devrait améliorer l'efficacité du Service endoscopique de façon à s'approcher d'un niveau de productivité de 2,3 heures par visite.

(114) Le P.-D.G. devrait collaborer avec le MS pour assurer un nombre approprié de lits de l'USI et suffisamment d'espace pour la prestation de services de soins intensifs.

(115) L'Hôpital devrait remplacer les lits de l'USI par de nouveaux lits appropriés de l'Unité des soins pour malades en phase critique.

(116) Le directeur clinique devrait réduire les niveaux de dotation des USI de manière à atteindre un niveau de productivité de 24,5 heures travaillées par jours-patient.

(117) Le directeur clinique devrait réduire le niveau de dotation de l'USMPC de façon à atteindre un niveau de productivité de of 15,00 heures travaillées par jours-patient.

(118) Le vice-président de l'obstétrique et de la gynécologie et le directeur clinique du programme des naissances devraient réorganiser l'ensemble du programme des naissances pour atteindre des niveaux de productivité de 15,45 h/j.-p. pour l'UNISS et de 9,56 h/j.-p. pour le reste du programme des naissances.

(119) Le vice-président de la chirurgie et les directeurs cliniques du Département de chirurgie devraient diminuer, voire éliminer le nombre de séjours de nuit à l'USPA.

(120) Le vice-président de la chirurgie et les directeurs cliniques du Département de chirurgie devraient éliminer sa dépendance à l'USPA comme site de soins

de l'USI et de l'USMPC.

(121) Les directeurs cliniques du programme de santé mentale et les vice-président de la gestion des installations devraient collaborer pour trouver des façons efficaces de rénover les installations, ce qui fera diminuer la nécessité de faire appel à des personnes de compagnie.

Urgence

(122) Le P.-D.G. et le vice-président chargé du DU devraient accélérer le réaménagement des Départements des urgences aux Campus Civic et Général.

(123) Le vice-président chargé des DU devrait élaborer une stratégie à long terme en vue de limiter ou de réduire le recours de la collectivité au Centre médical de soins actifs et les coûts de ces centres.

(124) Le directeur clinique et le directeur médical du DU devraient améliorer le système de suivi du Département des urgences.

(125) Le directeur clinique et le directeur médical du DU devraient collaborer avec le vice-président des affaires médicales pour écourter la période qui s'écoule entre une consultation et une décision définitive d'admission ou de mise en congé.

(126) Le P.-D.G. devrait élaborer une solution de rechange au recours au DU comme possibilité de retenir les patients avant un congé ou un transfert de l'Hôpital.

(127) Le vice-président et le directeur clinique du DU devraient éliminer la pratique qui consiste à retenir les patients dans les Départements des urgences.

Administration des soins infirmiers

(128) La vice-présidente des soins infirmiers et infirmière en chef devrait rajuster et éliminer du personnel des centres fonctionnels de l'administration des soins infirmiers pour atteindre l'objectif de rendement recommandé en administration des soins infirmiers qui équivaut à un coût net de 1,32 % du coût total des opérations de l'Hôpital.

(129) Le P.-D.G. devrait assurer, après révision, un niveau approprié de soutien à l'infrastructure afin que l'infirmière en chef facilite l'élaboration d'un plan de pratique des soins infirmiers.

13.1.2 Services diagnostiques et thérapeutiques

Laboratoires cliniques

(130) Le directeur des Services de laboratoire et le directeur de l'ATD devraient collaborer pour mettre en œuvre de nouvelles pratiques de collecte de spécimens tôt le matin au Campus Civic qui font en sorte que l'on se fie moins aux brancardiers pour le ramassage des spécimens et le transport au laboratoire.

(131) Le vice-président des services professionnels et le directeur des Services de laboratoire devraient diminuer les niveaux de dotation dans les laboratoires cliniques pour atteindre un niveau de productivité de 0,021 (G et O et PAU) heure travaillée par unité de la charge de travail des soins aux patients.

Imagerie diagnostique (à l'excl. du lab. cath. card.)

(132) Le directeur de l'imagerie diagnostique et le directeur de l'ATD devraient collaborer pour veiller à ce que l'organisation actuelle des ressources en porteurs et les pratiques opérationnelles connexes n'aient pas de répercussions défavorables sur la productivité et la capacité de production du Département de l'imagerie diagnostique.

(133) Le vice-président des services professionnels devrait procéder à la mise en œuvre de la technologie PACS.

(134) Le vice-président des services professionnels devrait abaisser les coûts de dotation et d'approvisionnement dans l'ensemble des centres fonctionnels sur l'imagerie diagnostique pour atteindre un niveau de productivité de 0,023 heure totale travaillée par unité de la charge de travail, une utilisation des fournitures de 0,19 $ par unité de la charge de travail et une augmentation des recettes de 700 000 $.

Pharmacie

(135) Le directeur du Département de la pharmacie devrait établir un processus formel d'examen de l'utilisation des médicaments qui aurait notamment comme objectif de déterminer les économies possibles au niveau des coûts de formulaire et/ou l'utilisation des médicaments.

(136) Le directeur du Département de la pharmacie devrait préparer une analyse de rentabilité afin de déterminer si la conversion à un système de distribution automatisé demeure une option réalisable.

(137) Les directeurs des Départements de la pharmacie et des finances devraient collaborer pour s'assurer que les coûts

sont inscrits et rapportés de façon uniforme entre campus.

13.6.1 Services de soutien et d'administration

Services alimentaires aux patients et aux non-patients

(138) Le directeur des Services alimentaires devrait collaborer avec les autres départements de soutien (ATD, entretien ménager) pour élaborer et mettre en œuvre des mécanismes et des responsabilités opérationnelles uniformes dans les campus.

(139) Le vice-président de la gestion des installations et le directeur des Services alimentaires devraient effectuer une analyse de rentabilité pour déterminer s'il est possible d'offrir des services centralisés de préparation d'assiette aux deux campus comparativement à la pratique actuelle de préparation d'assiette sur les lieux des deux campus.

Biomedical Engineering

(140) Le vice-président de la gestion des installations devrait s'assurer que les coûts des services fournis aux autres organisations sont recouvrés comme il se doit.

(141) Le vice-président de la gestion des installations devrait abaisser les coûts de fonctionnement de 150 000 $ de façon à justifier la perte des contrats de services.

(142) Le vice-président de la gestion des installations devrait mener une étude pour vérifier s'il serait possible de recourir davantage aux services internes et si un tel recours accru permettrait de réaliser des économies de 154 000 $.

(143) Le vice-président de la gestion des installations devrait abaisser les coûts de fonctionnement de 100 000 $ au moyen du remaniement du systèmes des ordres d'exécution.

(144) Le vice-président des finances devrait s'assurer que toutes les ressources et les coûts liés à la Dialyse rénale soient saisis dans le centre fonctionnel de la Dialyse rénale.

(145) Le vice-président des finances devrait transférer la responsabilité de 3,99 à la Gestion du matériel qui est responsable de la réparation et de l'entretien des appareils de maintien des fonctions vitales, de l'oxygène et de l'équipement fournissant le gaz aux services biomédicaux.

Gestion du matériel et des fournitures

(146) Le vice-président des Finances devrait prendre des mesures dynamiques pour mettre en œuvre des mécanismes améliorés de gestion des approvisionnement et pour réduire la dotation connexe (45,5 ÉTP) afin d'atteindre l'objectif de rendement recommandé de la Gestion du matériel, à savoir un coût net de 2,74 % du coût net total de l'Hôpital.

(147) Le directeur des achats devrait établir des objectifs d'achat pour dégager 1,2 million de dollars supplémentaires en économies sur le prix en sus des objectifs actuellement fixés, et un objectif de 80 % des économies de l'année précédente, et ce pour les quatre années qui suivront.

(148) Le directeur de l'ATD devrait améliorer la rotation des stocks de façon à la faire passer à moins de 15 fois l'an, puis continuer d'améliorer la rotation des stocks au besoin.

Admission et inscription

(149) La vice-présidente des soins infirmiers et le directeur des Services d'admission devraient quantifier les coûts associés aux services (comme les rapports statistiques, les vérifications des admissions, le maintien du contrôle des lits, etc.) déjà fournis à l'Institut de cardiologie et négocier le recouvrement des coûts de ces services ou cesser de les fournir.

(150) La vice-présidente des soins infirmiers et le directeur des Services d'admission devraient quantifier les services déjà dispensés à l'Immeuble des professionnels qui est adjacent au Campus Riverside et négocier le recouvrement des coûts de ces services ou cesser de les fournir.

(151) Le vice-président des finances devrait s'assurer que l'entente contractée avec le ministère de la Défense nationale permet de recouvrer à juste titre les coûts associés au Service des admissions.

(152) La vice-présidente des soins infirmiers et le directeur de l'admission devraient élaborer et mettre en œuvre des politiques, des mécanismes et des responsabilités normalisés qui s'appliquent à l'inscription des patients à LHO.

(153) Les directeurs de l'admission et des finances devraient collaborer à l'élaboration d'un modèle axé sur le service

aux patients qui intègre l'inscription par contact direct et les activités de perception des comptes.

(154) Les directeurs de l'admission et des systèmes d'information devraient collaborer en vue d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de prolongement des activités d'inscription en direct jusque dans les bureaux des médecins.

(155) Le président et le P.-D.G. devraient mettre en œuvre des politiques uniformes dans l'ensemble des campus qui portent sur la cohabitation des patients hospitalisés de sexe masculin et féminin.

(156) Le vice-président des affaires médicales devrait veiller à ce que les séances de soins médicaux aux patients hospitalisés aient lieu suffisamment tôt le matin pour que les patients puissent obtenir leur congé en respectant l'heure de congé de 10 heures.

Dossiers de santé

(157) Le directeur des dossiers de santé devrait s'informer au sujet d'autres modes d'utilisation des services de transcription, comme les fournisseurs de services de l'extérieur et la transcription à domicile.

(158) Le directeur des dossiers de santé devrait quantifier les coûts et les ressources supplémentaires qu'il faudrait pour éliminer l'arriéré de transcription du Campus Civic ayant découlé de la mise en œuvre d'un système commun de transcription pour les trois campus.

(159) Le vice-président des finances devrait demander au MSSLD le remboursement de la restructuration lié aux coûts et aux ressources nécessaires pour éliminer l'arriéré de transcription du Campus Civic.

(160) Le président et le P.-D.G. devraient transférer les 16,0 ÉTP qui se trouvent actuellement sous la gestion de l'ATD aux dossiers de santé.

(161) Le vice-président des affaires médicales et le directeur des dossiers de santé devraient élaborer et mettre en œuvre de nouvelles politiques, procédures et exigences de dotation par suite de la mise en œuvre de nouveaux systèmes.

(99) Le directeur des dossiers de santé devrait élaborer un plan d'unification et d'intégration des dossiers de l'ensemble

des campus en un seul répertoire de dossiers de LHO (tenu au campus où le service est dispensé) et devant être éliminés lorsque le répertoire maître des patients unique sera mis en œuvre.

(100) Le vice-président des affaires médicales devrait réduire la dotation (de 23,56 ÉTP) au fur et à mesure que les nouveaux systèmes et mécanismes opérationnels seront éliminés pour atteindre un niveau de rendement de 1,13 heure travaillée totale par unité de la charge de travail.

Services d'entretien ménager

(101) Le directeur des Services d'entretien ménager devrait réévaluer l'ampleur actuelle des activités et les affectations de personnel dans les campus afin de déterminer les possibilités de mieux équilibrer les ressources dans les campus.

Fonctionnement et entretien des installations

(102) Les vice-présidents de la gestion des installations et des finances, de concert avec d'autres organisations du Campus Alta Vista, devraient entreprendre des négociations avec la société Trans Alta pour faire modifier le contrat de services énergétiques.

(103) Le vice-président de la gestion des installations devrait revoir et présenter de nouveau l'analyse de rentabilité sur la cogénération au Campus Civic afin de confirmer les avantages au niveau des coûts et les périodes de récupération.

(104) Le vice-président de la gestion des installations devrait revoir et présenter de nouveau l'analyse de rentabilité sur le réaménagement de l'éclairage au Campus Civic pour confirmer les avantages au niveau des coûts et les périodes de récupération.

(105) Le directeur du génie et de l'exploitation devrait donner suite aux initiatives à court terme relevées dans le présent rapport et réduire les coûts de fonctionnement nets de LHO à 59,63 par mètre carré.

(106) Le vice-président des installations devrait veiller à ce que LHO soit exploité conformément à la réglementation appropriée sur la santé et la sécurité professionnelles.

(107) Le vice-président des finances devrait veiller à ce que les recouvrements externes fassent l'objet d'un rapport

approprié dans les centres fonctionnels qui offrent les services, conformément aux lignes directrices sur le rapport du MSSLD.

(108) Le vice-président des ressources humaines devrait veiller à ce que les heures de travail modifiées soient saisies et rapportées conformément aux exigences de rapport du MSSLD.

(109) Le président devrait s'assurer que LHO réalise des économies au titre de la productivité fondée sur les travailleurs modifiés en offrant 35 % de la capacité de travail du personnel régulier. Cela équivaudrait à une diminution de personnel de 7,48 ÉTP.

(110) Le vice-président des ressource humaines devrait préparer une analyse de rentabilité portant sur le remplacement du système de paie.

(111) Le vice-président des ressources humaines, de concert avec des intervenants de l'ensemble de l'organisation, devrait élaborer un projet de réorganisation du travail afin de s'assurer que les fonctions de ressources humaines soient menées à bien rapidement et efficacement.

(112) Le vice-président des ressources humaines, de concert avec le vice-président chargé des services d'enseignement, devrait revoir l'ensemble des services d'enseignement fournis à l'hôpital.

Télécommunications

(113) Le vice-président des systèmes d'information devrait mettre en œuvre le projet de téléphonie unifiée et diminuer le nombre d'ÉTP et les frais autres que de main-d'œuvre afin d'atteindre, pour le Département des télécommunications, un objectif de rendement équivalent à un coût de fonctionnement net de 0,42 % du total des coûts de fonctionnement nets de l'Hôpital.

13.7 Impact des organisations secondaires et hôtes sur L'Hôpital d'Ottawa

Interdépendences avec les organisations secondaires et hôtes : Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, Centre régional de cancérologie d'Ottawa

(114) Le président du Conseil d'administration de L'Hôpital d'Ottawa devrait renégocier l'entente de service avec l'Institut de cardiologie d'Ottawa pour s'assurer qu'il a le droit et la capacité d'assumer la gestion de l'Institut de cardiologie en ce qui touche les questions de sécurité des patients et de qualité de soins et les questions liées à la dette de l'Institut de cardiologie.

(115) Le DF de l'Institut de cardiologie devrait négocier, obtenir et gérer une marge de crédit distincte pour régler les insuffisances de liquidités à court terme.

Répercussions des organisations secondaires sur l'efficience et les coûts

(116) Le vice-président aux finances devrait veiller à ce que les fondements de l'imputation des coûts reflètent avec le plus d'exactitude possible uniquement les coûts réels de prestation des services aux organisations secondaires et hôtes et n'incluent pas les recettes liées à des profits.

(117) Le vice-président aux finances devrait collaborer avec le CRCO pour élaborer des approches et des méthodes cohérentes de recouvrement des coûts de service liés au CRCO dans l'ensemble des campus de L'Hôpital d'Ottawa.

(118) Le vice-président aux finances, de concert avec les organisations secondaires, devrait revoir et réviser annuellement au besoin les méthodes d'imputation de coûts.

13.8 Les conclusions liées à la planification et au réaménagement des installations

(119) Le vice-président de la planification stratégique devrait élaborer un nouveau plan directeur de LHO qui englobe tous les plans actuels de programmes et services.

(120) Le vice-président de la planification stratégique devrait actualiser les programmes fonctionnels de manière à ce qu'ils reflètent le nouveau plan directeur de LHO.

(121) Le vice-président de la planification stratégique devrait veiller à ce que des modèles exhaustifs des écarts par rapport à la CRSS établis par LHO soient préparés conformément aux formats demandés par le MSSLD.

(122) Le vice-président de la planification stratégique devrait fixer les priorités en réaménagement de l'Hôpital qui reflètent les directives de la CRSS et les capacités financières réalistes de l'Hôpital.

(123) Le P.-D.G. et le MSSLD, de concert avec tous les locataires du Campus Alta Vista des sciences de la santé, devraient élaborer un plan d'aménagement du Campus Alta Vista des sciences de la santé.

13.9 Acquisition et mise en œuvre de systèmes

d'information

(124) Le vice-président – Services d'information devrait réduire les dépenses associées à la maintenance logicielle, aux services acquis et aux heures supplémentaires, conformément à la planification.

(125) Le vice-président – Services d'information devrait élaborer un plan d'investissement à long terme en matière de SI qui tient compte des besoins de niveau élevé formulés dans une stratégie des SI, des plans d'activités institutionnels ainsi que d'un niveau durable et réaliste d'investissements continus dans le domaine des SI (y compris la mise à niveau constante des systèmes actuels et la mise en œuvre des initiatives de première priorité.)

(126) Le vice-président – Services d'information devrait évaluer les ressources informatiques actuelles en fonction de la valeur et des avantages réalisés/potentiels, ainsi que de la rentabilité du système FARMM en particulier.

(127) Le P.-D.G. et le vice-président – Services d'information devraient s'assurer que les avantages découlant des SI sont planifiés et réalisés, en misant principalement sur les SI pour améliorer l'efficacité et l'efficience de l'Hôpital et du système de soins de santé.

14.0 Plan de mise en œuvre

Compte tenu de la situation financière précaire de l'Hôpital, nous exhortons l'Hôpital à concentrer ses efforts pour :

- réduire ses coûts de fonctionnement en réalisant les économies cliniques et opérationnelles identifiées;
- travailler avec le ministère afin qu'il ajuste son financement en fonction des changements survenus dans le coût de la main-d'œuvre en raison de l'uniformisation des salaires et des négociations collectives menées à l'échelle de la province.

Lorsque ce sera fait, l'Hôpital devra alors mettre en œuvre les recommandations liées à la gouvernance et à la gestion.

Le plan de mise en œuvre comporte une série d'initiatives relativement indépendantes liées à :

- la réalisation d'économies à même l'efficacité clinique;
- la réalisation d'économies à partir des améliorations de la productivité des centres fonctionnels qui peuvent être effectuées sans investissement de capital;
- la concentration de l'activité du capital dans des domaines qui produiront le meilleur avantage fiscal pour l'Hôpital;
- la réorganisation des mécanismes et des systèmes de travail pour tirer le plus grand profit des investissements en capital de l'Hôpital;
- la mise en œuvre de l'amélioration recommandée aux processus de gestion;
- la mise en œuvre des améliorations recommandées à la structure et aux mécanismes de gouvernance.

La figure 14.1 donne un aperçu des activités de mise en œuvre recommandées.

Figure 14.1 : Activités de mise en œuvre

1 Revoir et confirmer l'acceptation du rapport et des recommandations
- 1.1 Revoir le rapport et les recommandations avec le Conseil d'administration
- 1.2 Élaborer et mettre en oeuvre un plan de communication

2 Négocier un plan de redressement avec le ministère de la Santé

3 Améliorer le processus de gestion de l'utilisation

4 Élaborer un plan de mise en oeuvre pour réaliser des économies cliniques de l'an 1

5 Examen clinique du programme de chirurgie ophtalmologique

6 Élaborer un plan de mise en oeuvre pour réaliser les économies opérationnelles de l'an 1
- 6.1 Admin. des soins infirmiers
- 6.2 USI - Méd./Chir.
- 6.3 USI - Nouveau-nés
- 6.4 USI - Soins coronariens
- 6.5 Programme des naissances
- 6.6 S.O. pour patients en consultation externe
- 6.7 Endoscopie
- 6.8 Cliniques externes
- 6.9 Laboratoires cliniques
- 6.1 Imagerie diagnostique
- 6.11 Inscription
- 6.12 Dossiers de santé
- 6.13 Télécommunications
- 6.14 Systèmes d'information
- 6.15 Gestion du matériel
- 6.16 Entretien
- 6.17 Remplacement du programme de travail modifié de LHO

7 Élaborer et mettre en oeuvre un plan de rénovation et d'expansion
- 7.1 USI - Méd./Chir. (Campus Général)
- 7.2 USI - Méd./Chir. (Campus Civic)
- 7.3 USI - Nouveau-nés
- 7.4 Laboratoires cliniques

8 Élaborer et mettre en oeuvre un plan d'acquisition et d'amélioration des systèmes
- 8.1 Dossiers de santé
- 8.2 Gestion du matériel
- 8.3 Entretien
- 8.4 Biomédical

9 Mettre en oeuvre un plan d'acquisition des technologies et de remplacement d'équipement
- 9.1 Imagerie diagnostique

10 Élaborer et mettre en oeuvre un processus de planification à long terme et stratégique

11 Élaborer et mettre en oeuvre un processus amélioré de planification des opérations et du budget

12 Concevoir, élaborer et mettre en oeuvre un processus amélioré de rapport au Conseil d'administration et à la gestion

13 Réorg. les struct. et les mécan. de gouvernance qui s'appliquent à la planification, aux installations et aux nominations

14 Revoir et peaufiner les rôles et les relations du médecin-chef et du CMC

15 Restructurer les relations avec l'Institut de cardiologie

16 Élaborer et mettre en oeuvre un plan pour réaliser les économies cliniques de l'an 2

17 Élaborer et mettre en oeuvre un plan pour réaliser les économies opérationnelles de l'an 2
- 17.1 Admin. des soins infirmiers
- 17.2 USI - Méd./Chir.
- 17.3 USI - Nouveau-nés
- 17.4 USI - Soins coronariens
- 17.5 Programme des naissances
- 17.6 S.O. pour patients en consultation externe
- 17.7 Endoscopie
- 17.8 Cliniques externes
- 17.9 Laboratoires cliniques
- 17.1 Imagerie diagnostique
- 17.11 Inscription
- 17.12 Dossiers de santé
- 17.13 Télécommunications
- 17.14 Systèmes d'information
- 17.15 Gestion du matériel
- 17.16 Entretien
- 17.17 Remplacement du programme de travail modifié de LHO

18 Élaborer et mettre en oeuvre un plan de réalisation des économies opérationnelles de l'an 3
- 18.1 Laboratoires cliniques
- 18.2 Imagerie diagnostique
- 18.3 Dossiers de santé
- 18.4 Gestion du matériel
- 18.5 Entretien
- 18.6 Remplacement du programme de travail modifié de LHO

19 Élaborer et mettre en oeuvre un plan de réalisation des économies opérationnelles des ans 4 et 5
- Imagerie diagnostique
- Dossiers de santé
- Gestion du matériel

20 Rapport au Ministère sur les progrès réalisés

Les éléments clés de ce plan de mise en œuvre font brièvement l'objet des paragraphes suivants.

Revoir le rapport et les recommandations

Pour l'Hôpital, la première étape de la mise en œuvre consistera à revoir le rapport et les recommandations. L'Hôpital devrait déterminer et planifier les recommandations qu'il accepte et qu'il est prêt à mettre en œuvre.

L'un des volets importants de cette activité consistera à communiquer aux principaux intervenants les conclusions et les recommandations de l'examen et la réaction des hôpitaux.

Négocier le plan de redressement avec le ministère de la Santé

L'objectif général de cet examen était l'élaboration d'un plan de redressement en vue d'apporter des améliorations stratégiques, opérationnelles et administratives pour atteindre une situation financière positive conforme à la prestation de services hospitaliers efficaces et efficients. Les recommandations contenues dans le présent rapport, si elles sont mises en œuvre, permettront à l'Hôpital de réaliser des gains de productivité importants dans ses processus cliniques et opérationnels. Compte tenu des conclusions et des recommandations de l'examen, l'Hôpital devrait négocier avec le ministère de la Santé pour établir :

- un budget de base approprié pour l'Hôpital
- une stratégie et un plan de réduction des coûts de fonctionnement de l'Hôpital, tel que recommandé dans le présent examen
- une stratégie et un plan de rétablissement du fonds de roulement de l'Hôpital à une position positive
- une stratégie et un plan de financement du réaménagement des installations hospitalières conformément aux directives de la CRSS.

Efficiences cliniques

Étant donné le caractère vigoureux des structures et des mécanismes de gestion de l'utilisation de l'Hôpital, nous croyons que les économies cliniques seront les plus faciles à réaliser. Nous prévoyons qu'une partie de ces économies auront déjà été faites en 2000-2001. On devrait pouvoir réaliser le reste des économies au cours des deux prochains exercices. Nous prévoyons que la DMS, et donc le nombre de jours-patient, diminueront régulièrement pendant cette période, car :

- les systèmes hospitaliers s'améliorent;
- les médecins sont en mesure de terminer les traitements plus rapidement;

- les médecins commencent à rédiger des ordonnances de mise en congé pour leurs patients plus rapidement une fois terminé l'épisode de soins.

De plus, on prévoit que la Planification des mises en congé élaborera des protocoles qui prévoiront une planification anticipée des mises en congé pour ces programmes et pour les patients ayant les meilleures possibilités de réduire la durée de séjour. Comme nous en avons discuté, nous prévoyons que les économies cliniques produiront un impact de fonctionnement annuel net de 3,5 millions de dollars en 2001-2002 et de 3,5 millions de dollars en 2002-2003. Les économies cliniques devraient améliorer de plus de sept millions de dollars les résultats de fonctionnement de LHO par rapport à 1999-2000[195].

Économies opérationnelles

Les économies opérationnelles et les augmentations connexes de recettes pourraient nécessiter jusqu'à cinq ans avant de se concrétiser complètement. Certaines de ces économies sont fonction de l'aménagement des installations, de l'acquisition de systèmes et/ou de l'acquisition de technologie. Toutefois, l'Hôpital peut réaliser des économies importantes sans avoir à investir de capital. Ces économies, qui s'élèvent à un montant aussi élevé que 10 millions de dollars, étaient vraisemblablement à la disposition de l'Hôpital en 1999-2000 et l'Hôpital y aura accès au cours de la première année de cette période de mise en œuvre (certaines des économies peuvent avoir été réalisées en 2000-2001). Un montant supplémentaire de 14,5 millions de dollars en économies et en augmentations de recettes sera accessible par suite d'investissements en capital effectués ou proposés récemment par l'Hôpital.

Investissements en capital

Comme nous en avons discuté, plusieurs des améliorations possibles à la productivité, des réductions de coût et des augmentations de recettes sont fonction des investissements en capital de l'Hôpital. Pour faciliter le règlement des problèmes financiers de l'Hôpital, ces améliorations devraient être apportées le plus rapidement possible (au coût le plus bas possible). Les plus importants de ces investissements auront trait aux éléments suivants :

- Unités de soins intensifs aux Campus Général et Civic
- Unité de soins intensifs pour nouveau-nés

[195] L'Institut de cardiologie peut également améliorer ses résultats de fonctionnement d'environ 1,3 million de dollars en améliorant l'efficience clinique.

- Réaménagement du Laboratoire[196]
- Acquisition du logiciel PACs et de la technologie d'imagerie pour l'imagerie diagnostique[197]
- Systèmes d'information pour les dossiers de santé, la Gestion du matériel, l'Entretien et le Génie biomédical[198].

Les réductions de coût/augmentations de recettes facilitées par ces activités de capital sont assez importantes (près de 12,5 millions de dollars). Si les coûts en capital sont raisonnables par rapport aux économies possibles, l'Hôpital devrait donner suite à ces initiatives de capital dès que possible.

Les autres activités de capital devraient être retardées jusqu'à ce que l'Hôpital ait atteint un excédent de fonctionnement et un fonds de roulement positif.

Processus de gouvernance et de gestion

L'Hôpital est doté de processus de gouvernance et de gestion raisonnablement vigoureux. Cependant, des améliorations importantes peuvent encore être apportées, dont :

- l'élaboration d'un plan à long terme et d'un plan stratégique de soutien
- l'amélioration des processus de planification opérationnelle et de budgétisation
- de meilleurs rapports pour le Conseil d'administration, la haute direction et les gestionnaires de centres fonctionnels
- la réorganisation des structures et des processus de gouvernance pour la planification, les installations et les nominations

---

[196] Devrait avoir lieu en prévision du LREO, à un coût en capital que peuvent supporter au plus les trois années d'économies sur le coût du laboratoire et les augmentations des recettes prévues pour l'Hôpital. Si les coûts de réaménagement du laboratoire dépassent les trois ans d'économies et de recettes prévus, l'Hôpital devrait retarder le projet jusqu'à ce qu'il puisse être intégré au financement et aux économies de coût du LREO.

[197] L'implantation complète des PACS sera fonction de la capacité de l'équipement d'imagerie PACS. Il pourrait être raisonnable d'accélérer l'acquisition d'équipement pour atteindre les économies associées. Cependant, le financement de l'équipement de remplacement a été fourni, à tout le moins en partie, par l'amortissement du vieil équipement. Le ministère pourrait financer l'acquisition de l'équipement, mais le coût de la majeure partie de l'équipement est la responsabilité de l'Hôpital.

[198] L'Hôpital a soutenu que les économies étaient fonction de l'acquisition de systèmes, mais l'analyse effectuée par les consultants ne l'a pas confirmé.

- l'amélioration des rôles et des relations du médecin-chef et du CMC dans le contexte de la gestion de programme et du contrôle de la qualité pour le compte du Conseil d'administration
- la restructuration de la relation de l'Hôpital avec l'Institut de cardiologie pour mieux ajuster les responsabilités de l'Hôpital à ses capacités de surveillance et de contrôle.

Tous ces éléments revêtent de l'importance pour le succès de l'Hôpital. Cependant, nous sommes d'avis que les initiatives qui visent à rétablir la santé financière de l'Hôpital et à assurer sa viabilité à long terme devraient avoir préséance. Par conséquent, exception faite de la restructuration de la relation avec l'Institut de cardiologie, nous croyons que ces activités devraient être retardées jusqu'à ce que l'Hôpital puisse commencer à réaliser les économies cliniques et opérationnelles visées.

Rapport au ministère sur les progrès

Comme il faudra vraisemblablement obtenir le soutien du ministère tant que l'Hôpital n'aura pas atteint les économies de coût et les améliorations aux recettes visées, il appartiendra à l'Hôpital de faire rapport de ses progrès vers la réalisation de ces objectifs.

Le tableau qui suit présente notre projet de calendrier des initiatives en vue d'améliorer la gouvernance, la gestion et l'efficience de l'Hôpital. Il présente également des estimations des économies réalisables au cours de chaque exercice et leur impact sur le déficit estimatif du fonds de roulement de l'Hôpital, qui est de 147 millions de dollars à la fin de 2000-2001. Aux fins du présent exercice, nous avons présumé que le volume des patients, le contenu des soins ou le coût unitaire de la main-d'œuvre, des fournitures et des services demeureraient les mêmes par rapport à 1999-2000.

Comme on le voit, au cours des trois prochains exercices, l'Hôpital devrait être capable d'atteindre 95 % des économies cliniques et opérationnelles identifiées dans le présent examen. Ces changements permettront de réduire les pertes de fonctionnement de l'Hôpital de près de 30 millions de dollars. Toutefois, même après ces améliorations, l'Hôpital continuera d'avoir un déficit de fonctionnement de plus de 34 millions de dollars[199]. De plus, le déficit du fonds de roulement de l'Hôpital augmentera à 277 millions de dollars d'ici la fin de

[199] Pour calculer les économies potentielles, on s'est servi des coûts de main-d'œuvre et de matériel engagés par l'Hôpital en 1999-2000.

2003-2004. L'Hôpital devra manifestement dégager des recettes supplémentaires pour présenter une situation financière positive. Si l'Hôpital ne peut disposer de recettes supplémentaires, il lui faudra diminuer de façon spectaculaire soit le contenu soit le volume des soins qu'il offre à la population dans sa circonscription hospitalière.

Figure 14.2 : Calendrier de mise en oeuvre[200]

Activités de mise en oeuvre	2001-2002 1-6	2001-2002 7-12	2002-2003 1-6	2002-2003 7-12	2003-2004 1-6	2003-2004 7-12
1 Rapport et recommandation acceptée						
2 Plan de redressement négocié avec le MSSLD						
3 Processus de gestion de l'utilisation améliorés						
4 An 1, économies cliniques atteintes						
5 Examen clinique du Pr. de chir. ophtalmo.						
6 An 1, économies opérationnelles atteintes						
7 Rénovations/expansion						
7.1 USI – Méd./Chir. (Général)						
7.2 USI – Méd./Chir. Civic)						
7.3 USI– Nouveau-nés						
7.4 Laboratoires cliniques						
8 Acquisition/amélioration des systèmes						
8.1 Dossiers de santé						
8.2 Gestion du matériel						
8.3 Entretien						
8.4 Biomédical						
9 Imagerie diagnostique						
10 Planif. long terme et stratégique						
11 Planif. opérations et budget						
12 Process. amél. rapports Cons. d'admin. et gestion						
13 Gouvernance restructurée						
14 Rôles du médecin-chef et du CMC						
15 Relations avec l'Institut de cardiologie						
16 An 2, économies cliniques						
17 An 3, économies opérationnelles						
18 An 3, économies opérationnelles						
20 Rapport au Ministère sur les progrès						
Situation du fonds d'ouverture de LHO – 1er avril	(147 400 000) $		(199 562 485) $		(240 587 369) $	
Excédent (déficit) de fonctionn. de LHO - Opérations	(45 000 000) $		(30 976 710) $		(21 654 302) $	
Coûts de restructuration (exempt de remboursement)	(20 000 000) $		(18 000 000) $		(18 000 000) $	
Résultat net – Économies cliniques/LHO	3 501 473 $		3 501 473 $		-	
Résultat net – Économies opérationnelles/LHO	10 521 817 $		5 820 935 $		6 117 016 $	
Coûts/économies ponctuels (exempt de rembours.)	(1 185 775) $		629 418 $		(946 341) $	
Excédent (déficit) de fonctionnement de LHO	(52 162 485) $		(39 024 884) $		(34 483 627) $	
Rajouter l'amortissement de l'équipement (net)	12 000 000 $		13 000 000 $		13 000 000 $	
Achat d'actifs immobilisés (exempt de subventions)	(12 000 000) $		(15 000 000) $		(15 000 000) $	
Situation des fonds à la clôture de LHO	**(199 562 485) $**		**(240 587 369) $**		**(277 070 997) $**	

[200] Les coûts de restructuration comprennent le coût estimatif de l'uniformisation des salaires tel qu'indiqué par l'Hôpital. La dépréciation de l'équipement telle qu'estimée par l'Hôpital. L'achat d'actifs immobilisés tel qu'estimé par l'Hôpital.